

日本消化器病学会東海支部第124回例会

第 35 回 教 育 講 演 会

プログラム抄録集

会 長 古田 隆久（浜松医科大学医学部附属病院
臨床研究管理センター）

日 時 平成28年6月18日（土） 午前9時より

会 場 アクトシティ浜松 コンgressセンター
〒430-7790 静岡県浜松市板屋町111-1
TEL (053) 451-1111

参加受付	4 F	ロビー
PC・座長受付	4 F	ロビー
第1会場	4 F	41会議室
第2会場	3 F	31会議室
第3会場	4 F	43・44会議室
第4会場	5 F	52・53・54会議室
第5会場	2 F	21会議室
幹事会	2 F	23会議室
クローク	3 F	ロビー
展示会場	3 F	ロビー

（附 第100回市民公開講座プログラム）

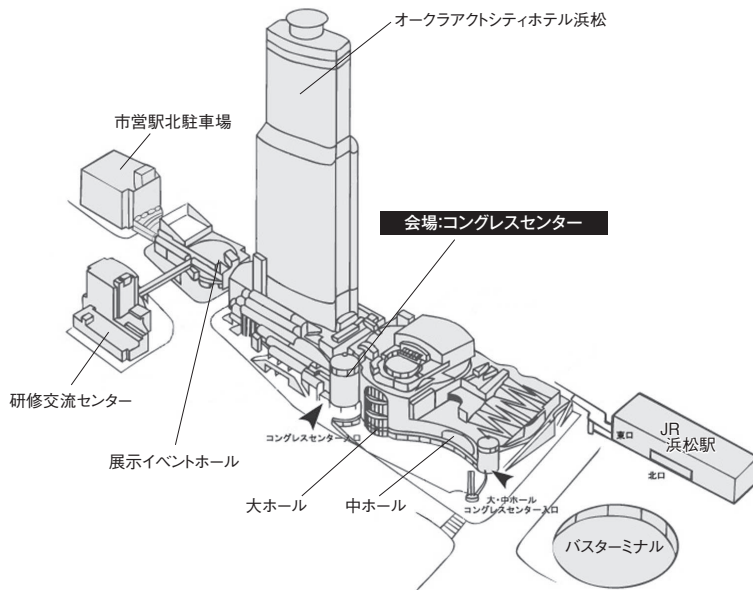
平成28年6月19日（日）

アクトシティ浜松 中ホール

プログラム目次

交通のご案内	1
会場のご案内	2
プログラム・会場早見表	3
お知らせ・お願い	4
発表要領	5
シンポジウム・共催セミナーのご案内	6
第11回専門医セミナーのご案内	7
第35回教育講演会のご案内	8
第100回市民公開講座のご案内	9
第35回教育講演会プログラム（第1会場 4階 41会議室）	12
第35回教育講演会抄録	13
シンポジウムプログラム（第2会場 3階 31会議室）	20
シンポジウム抄録	24
第3会場プログラム（4階 43・44会議室）	32
第4会場プログラム（5階 52・53・54会議室）	39
第5会場プログラム（2階 21会議室）	45
一般演題抄録	52
寄附一覧・展示企業・広告	73

交通のご案内



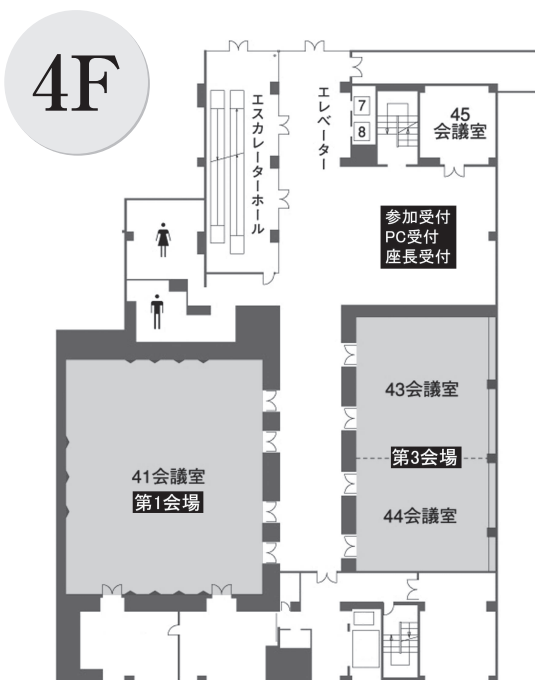
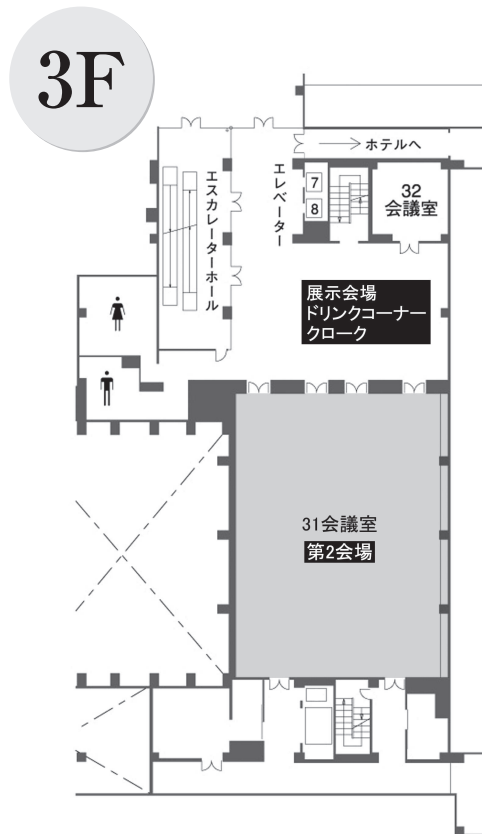
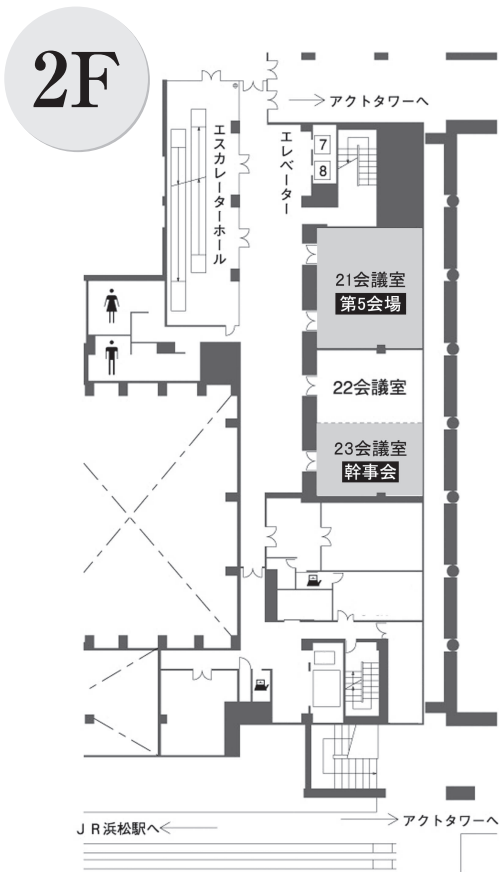
車をご利用の場合

東名高速浜松インターもしくは浜松西インターより約30分。

鉄道をご利用の場合

JR 浜松駅より徒歩 5 分。 (東京、大阪より新幹線ひかり号で約1時間30分、こだま号で約2時間名古屋より新幹線ひかり号で約35分、こだま号で約50分)

会場のご案内



プログラム&会場早見表

	第1会場 4F 41会議室	第2会場 3F 31会議室	第3会場 4F 43+44会議室	第4会場 5F 52+53+54会議室	第5会場 2F 21会議室	展示会場 3F ロビー	幹事会会場 2F 23会議室		
09:00	開会の辞								
09:30	教育講演① 【肝臓】 09:00-10:00 講師：田中靖人 司会：竹井謙之	09:00-11:20 シンポジウム① 『C型肝炎 SVR 後の 問題点と課題』 司会：川部直人 小林良正	胃・十二指腸① 09:00-09:35	大腸① 09:00-09:42					
10:00				胃・十二指腸② 09:35-10:10	大腸② 09:42-10:24	膵① 09:30-09:58			
10:30			教育講演② 【下部消化管】 10:00-11:00 講師：杉本 健 司会：大宮直木		胃・十二指腸③ 10:10-10:45	大腸③ 10:24-11:06	膵② 09:58-10:26		
11:00					胃・十二指腸④ 10:45-11:20		膵③ 10:26-10:47		
11:30									
12:00	ランチョンセミナー① 11:40-12:40 講師：藤原靖弘 司会：後藤秀実 <small>共催：第一三共株 アストラゼネカ株</small>	ランチョンセミナー② 11:40-12:40 講師：室 圭 司会：今野弘之 <small>共催：日本イーライリリー株</small>							
12:30						企業展示 ドリンク			
13:00									
13:30			評議員会 12:50-13:50	アフターランチセミナー 12:50-13:50 講師：林 正幸 司会：幸田隆彦 <small>共催：武田薬品工業株</small>					
14:00									
14:30	教育講演③ 【胆道・膵臓】 14:00-15:00 講師：橋本千樹 司会：清水雅仁	14:00-16:30 シンポジウム② 『H. pylori除菌後、 陰性時代の上部 消化管疾患の現 状と課題』 司会：宮原良二 西野眞史	食道 14:00-14:28	大腸④ 14:00-14:42	肝① 14:00-14:42				
15:00				小腸 14:28-15:10	胆① 14:42-15:10	肝② 14:42-15:24			
15:30	教育講演④ 【上部消化管】 15:00-16:00 講師：加藤元嗣 司会：永原章仁		その他 15:10-15:52	胆② 15:10-15:38		肝③ 15:24-16:06			
16:00									
16:30									
17:00	専門医セミナー 16:30-17:40								
17:30	閉会の辞								

お知らせ・お願い

日本消化器病学会東海支部例会参加費（1,000円）のご案内 8：30～

参加費と引き換えにネームカード（兼領収証）、専門医更新単位登録票（5単位）と抄録集をお渡しいたします。

教育講演会参加費（1,000円）のご案内

参加費と引き換えにネームカード（兼領収証）、専門医更新単位登録票（午前9単位、午後9単位）をお渡しいたします。

※教育講演への参加は、会場整理費（学会参加証）の受付が必須です。

教育講演会のみのお受付は出来ません。

評議員会のご案内

日時：平成28年6月18日（土） 12：50～13：50

会場：第3会場（43・44会議室）

※昼食の用意はございません。ランチョンセミナーなどで昼食をお取りください。

シンポジウム司会者・一般演題座長へのご案内

ご担当いただきますセッション開始20分前までに「座長受付」にお立ち寄りください。ご来場の確認をさせていただきます。

※各会場とも掲示はいたしませんので、時間厳守をお願いします。

シンポジウム・一般演題演者へのご案内

シンポジウム①（消化管） 口演7分 質疑応答2分 総合討論あり

シンポジウム②（C型肝炎） 口演8分 質疑応答2分 総合討論あり

一般演題 口演5分 質疑応答2分

※「PC受付」にて「若手（研修医）」もしくは「若手（専修医）」の最終確認をさせていただきます。

※ご発表のセッション開始30分前までに「PC受付」にて試写を済ませてください。

※スライド枚数に制限はありませんが、発表時間を厳守してください。

※各会場とも液晶プロジェクターでの1面映写です。

※光学式スライド、ビデオデッキなどの用意はございません。（音声出力不可）

専門医セミナーのご案内

参加費は無料です。参加受付時に専門医更新単位登録票（3単位）をお渡しいたします。

セミナー開始前に会場前にて登録票に捺印いたします。

発表要領

ご発表の先生方へ

PC を使用したご発表のみとさせていただきます。

ご発表データの受付は、原則として USB フラッシュメモリとさせていただきます。

※バックアップ用の CD-R もご持参いただくことをお勧めいたします。

ご発表用データ作成上の留意点

・USB メモリーまたは CD-R でのデータ持ち込みによるご発表

1. 事務局として用意します PC は Windows 7、プレゼンテーションソフトは Power Point 2010 です。
2. メディアを持ち込む場合は、Windows 版 Power Point 2010 で作成されたデータのみといたします。(Power Point に標準で搭載されているフォントをご使用ください。)
3. Macintosh のデータは Windows 上での位置のずれや文字化けなどの不具合が生じることが多いため、そのままのデータ持ち込みは不可とさせていただきます。各自、Windows 上での作動確認と、Windows 用にデータ変換を行った上でのご用意をお願いします。
4. 動画 (movie file) がある場合には、各自の PC を持ち込んでのご発表をお願いします。
5. Macintosh にて作成されたデータでのご発表をご希望の場合には、各自の PC を持ち込んでのご発表をお願いします。
6. 液晶プロジェクターの出力解像度は、XGA (1024×768) に対応しております。
7. 音声出力は使用できませんので、ご了承ください。

・PC または iPad などの持ち込みによるご発表

1. 液晶プロジェクターとの接続は、デバイス本体にミニ Dsub15ピン外部出力コネクタが使えるものに限り、薄型 PC では特殊なコネクタ形状になっているものもありますので、必ず付属の変換アダプターを予めご確認の上ご用意をお願いします。
2. 発表中又はその準備中にバッテリー切れになることがありますので、ご発表には付属の AC アダプターをご用意ください。(100V)
3. 発表中のスクリーンセーバーや省電力機能での電源がきれないように、設定のご確認をお願いします。
4. 音声出力は使用できませんので、ご了承ください。

・データ及び PC の受付・その他

1. 事務局で用意しますキーボード、マウスを使用し、発表者ご自身で操作してください。
2. Power Point にて作成したデータのファイル名は「演題番号 氏名」で保存してください。
3. データ保存する前に必ずウィルスチェックを行ってください。
4. 各自ご発表の30分前までに PC 受付にて、演題受付及び動作確認をしてください (なるべく受付予定時間よりも早めをお願いします)。

シンポジウム・共催セミナーのご案内

シンポジウム1 テーマ「C型肝炎SVR後の問題点と課題」

会場：第2会場

時間：9:00～11:20

司会：藤田保健衛生大学 肝胆膵内科

川部 直人

浜松医科大学医学部附属病院 肝臓内科

小林 良正

シンポジウム2 テーマ「H. pylori除菌後、陰性時代の上部消化管疾患の現状と課題」

会場：第2会場

時間：14:00～16:30

司会：名古屋大学大学院医学系研究科 消化器内科学

宮原 良二

JA 静岡厚生連遠州病院 消化器内科

西野 眞史

特別発言：浜松医科大学医学部附属病院 臨床研究管理センター

古田 隆久

ランチョンセミナー1 「好酸球性食道炎の診断と治療」

会場：第1会場

時間：11:40～12:40

講師：大阪市立大学大学院医学研究科 消化器内科学

藤原 靖弘

司会：名古屋大学大学院医学系研究科 消化器内科学

後藤 秀実

共催：第一三共株式会社・アストラゼネカ株式会社

ランチョンセミナー2 「胃癌化学療法の最新情報

～サイラムザの位置づけを中心に～」

会場：第2会場

時間：11:40～12:40

講師：愛知県がんセンター中央病院 薬物療法部

室 圭

司会：浜松医科大学 学長

今野 弘之

共催：日本イーライリリー株式会社

アフターランチセミナー 「エビデンスに基づいた2型糖尿病治療」

会場：第4会場

時間：12:50～13:50

講師：地域医療機能推進機構中京病院 糖尿病センター

林 正幸

司会：幸田クリニック院長

幸田 隆彦

共催：武田薬品工業株式会社

第11回専門医セミナーのご案内

会 場：第1会場（41会議室）

時 間：16：30～17：40

司 会：浜松医科大学医学部附属病院 光学医療診療部
静岡県立総合病院がん診療センター 腫瘍内科

大澤 恵
多久 佳成

『頭頸部および上部消化管重複癌の治療選択を考える』

症例提示：聖隷浜松病院 消化器内科

山田 洋介

コメンテーター：浜松医科大学 耳鼻咽喉科

細川 誠二

浜松医科大学 第二外科

平松 良浩

藤枝市立総合病院 消化器内科

寺井 智宏

ミニレクチャー：浜松医科大学 耳鼻咽喉科

細川 誠二

第35回教育講演会のご案内

会 場：第1会場（41会議室）

時 間：9：00～16：00

教育講演1 「C型肝炎は本当に克服できるのか？ B型肝炎の再興は？」

講師：名古屋市立大学大学院医学研究科 病態医科学 田中 靖人

司会：三重大学大学院医学系研究科 消化器内科学 竹井 謙之

教育講演2 「炎症性腸疾患診療の現状と今後」

講師：浜松医科大学 第一内科 杉本 健

司会：藤田保健衛生大学 消化管内科 大宮 直木

教育講演3 「膵癌における超音波検査の役割」

講師：藤田保健衛生大学 肝胆膵内科 橋本 千樹

司会：岐阜大学大学院医学系研究科 消化器病態学 清水 雅仁

教育講演4 「胃炎の京都分類に基づく胃癌予防策」

講師：独立行政法人国立病院機構函館病院 院長 加藤 元嗣

司会：順天堂大学医学部附属静岡病院 消化器内科 永原 章仁

※専門医更新単位

第118回評議員会において、専門医更新単位登録票が変更されました。

午前の部9単位、午後の部9単位です。

参加費は午前・午後合わせて1,000円（午前または午後のみ参加でも1,000円）です。

午前の部の受付（8:30-11:00）

午後の部の受付（13:30-16:00）

第100回市民公開講座のご案内

日 時：平成28年 6月19日（日） 13:00～16:00

会 場：アクトシティ浜松 中ホール

（〒430-7790 静岡県浜松市板屋町111-1）

世話人：古田 隆久（浜松医科大学医学部附属病院 臨床研究管理センター）

知って損しない おなかの病気の最新情報

講演1 「知って損しない 食道・胃の病気の最新情報」

司会：JA 静岡厚生連遠州病院 内科

高垣 航輔

講師：磐田市立総合病院 消化器内科

山田 貴教

講演2 「知って損しない 小腸・大腸の病気の最新情報」

司会：浜松医療センター 消化器内科

金岡 繁

講師：浜松医科大学 第一内科

岩泉 守哉

講演3 「知って損しない 肝臓の病気の最新情報」

司会：聖隷浜松病院 消化器内科

長澤 正通

講師：浜松医科大学 肝臓内科

小林 良正

講演4 「知って損しない 胆道・膵臓の病気の最新情報」

司会：浜松医科大学 臨床腫瘍学講座

濱屋 寧

講演：聖隷浜松病院 消化器内科

芳澤 社

講演5 「知って損しない 胃癌手術の最新情報」

司会：浜松医療センター 消化器外科

西脇 由朗

講師：浜松医科大学 上部消化管外科

平松 良浩

教育講演 プログラム・抄録

お断わり：原則的に講演者が入力したデータをそのまま掲載しておりますので、一部に施設名・演者名・用語等の表記不統一がございます。あらかじめご了承ください。

第35回教育講演会プログラム

第1会場（41会議室）

教育講演（1） 9：00－10：00

司会：三重大学大学院医学系研究科 消化器内科学 竹井 謙之

「C型肝炎は本当に克服できるのか？ B型肝炎の再興は？」

名古屋市立大学大学院医学研究科 病態医科学 田中 靖人

教育講演（2） 10：00－11：00

司会：藤田保健衛生大学 消化管内科 大宮 直木

「炎症性腸疾患診療の現状と今後」

浜松医科大学 第一内科 杉本 健

教育講演（3） 14：00－15：00

司会：岐阜大学大学院医学系研究科 消化器病態学 清水 雅仁

「膵癌における超音波検査の役割」

藤田保健衛生大学 肝胆膵内科 橋本 千樹

教育講演（4） 15：00－16：00

司会：順天堂大学医学部附属静岡病院 消化器内科 永原 章仁

「胃炎の京都分類に基づく胃癌予防策」

独立行政法人国立病院機構函館病院 院長 加藤 元嗣

1) C型肝炎は本当に克服できるか？ B型肝炎の再興は？

名古屋市立大学大学院医学研究科 病態医科学講座 田中 靖人

C型肝炎ウイルス (HCV) 排除後の問題点：2009年、ゲノムワイド関連解析 (GWAS) により、ペグインターフェロン (PEG-IFN) / リバビリン併用療法の治療効果を規定する遺伝的要因として IL28B (IFN λ 3) の遺伝子多型が同定された (Tanaka Y et al. Nat Genet 2009)。この発見により、C型肝炎の個別化治療が確立すると同時に、無効例などに対する新薬の臨床開発が進み、現在までに複数の IFN フリー治療が承認された。わが国で最初に承認されたダクラタスビル (DCV) / アスナプレビル (ASV) は一定の成果を上げたが、失敗例においては多剤耐性株を作り出してしまった。また、現在の治療対象が高齢者や肝硬変患者であることから、HCV 治癒 (SVR) 後の発癌例も散見される。HCV は排除できる時代になった一方で、多剤耐性例や SVR 後発癌に対する対策が急務である。

B型肝炎の再活性化：近年、がん化学療法や免疫抑制療法を行う患者における HBV 再活性化が問題視されている。特に、悪性リンパ腫でのリツキシマブとステロイド併用療法でリスクが高く劇症肝炎も発生しており、この領域ではかなり徹底されてきたが、全身化学療法あるいはステロイドだけを使うような疾患領域ではなかなか徹底されていないのが現状である。啓発活動の難しさを実感する中で、当院では電子カルテを用いたアラート・オーダリングシステムを構築し実用化した。また、ガイドラインでは 1～3 ヶ月毎の HBV-DNA でのモニタリングが推奨されているが、比較的风险の低いリウマチ疾患や固形癌に関して頻回の HBV-DNA 測定は煩雑でコストが高く、費用対効果を考慮すると安価で簡便な高感度 HBs 抗原測定も考慮すべきである。

本講演では、現在の肝炎診療の問題点と今後の展望について触れたい。

略 歴

1991年 3月 名古屋市立大学医学部 卒業
1993年 4月 名古屋第二赤十字病院 消化器内科医師
1999年～2001年 米国立保健研究所 (NIH) 留学 (Visiting Fellow)
2002年 11月 名古屋市立大学病院 講師
2006年 9月 名古屋市立大学大学院 臨床分子情報医学 助教授 (准教授)
2008年 4月～現在 名古屋市立大学病院 肝疾患センター 副センター長兼任
2009年 10月～現在 名古屋市立大学大学院 病態医科学講座 教授、中央臨床検査部 部長
平成24-28年度 厚生労働省 (AMED) B型肝炎創薬実用化等研究事業：B型肝炎ウイルスの持続感染を再現する効率的な培養細胞評価系の開発に関する研究 (代表)
平成28-30年度 日本医療研究開発機構 (AMED)：C型肝炎の新たな治療関連因子及び治癒後の病態進展・改善に関連する宿主因子等の同定を目指したゲノムワイド研究 (代表)

2) 炎症性腸疾患診療の現状と今後

浜松医科大学 第一内科 消化器内科 杉本 健

炎症性腸疾患 (inflammatory bowel disease : IBD) である潰瘍性大腸炎 (ulcerative colitis : UC) とクローン病 (Crohn's disease : CD) の患者数はわが国においていずれも増加を続けており、特に UC の患者数は国が難病と指定した特定疾患の中で現在最も多い疾患となっている。

UC や CD の原因については大きく遺伝因子と環境因子の二つがあげられる。遺伝因子に関しては *NOD2* が CD の疾患感受性遺伝子として 2001 年の Nature 誌に発表されて以降、ゲノムワイド関連解析が盛んに行われ、現在までに 160 ヵ所以上の IBD 感受性遺伝子が同定された。しかしながら、一つ一つの遺伝因子の影響力は非常に弱く、一つの遺伝因子だけで発病することが決定されることはないということが明らかとなった。すなわち GWAS によって IBD 発症の複雑な過程の一部が想定可能となったに過ぎないといえるが、将来的にはこれらのデータの蓄積により将来的には新薬開発の糸口になる可能性は十分にあると考えられる。一方環境因子に関しては、喫煙、虫垂切除歴、高い公衆衛生状態等が危険因子として報告されている。環境因子の中でも最近特に注目を集めているのが腸内細菌である。現在では消化管領域にとどまらず、代謝性疾患、精神疾患、動脈硬化性疾患、悪性腫瘍においても腸内フローラの細菌種の構成の異常 (dysbiosis) が注目されている。もちろん IBD 領域においても dysbiosis の研究は盛んに行われており、なかでも糞便微生物移植 (fecal microbiota transplantation) が特に注目されており、国内でも臨床試験が行われつつあり今後の成果が待たれる。

IBD の完全治癒をめざすことが治療の究極の目標ではあるが、その病因が明確になっていない現在において残念ながら完全治癒はまだ現実的ではない。すなわち患者は一度発症した後は生涯に渡って IBD と付き合っていかなければならない。よって現状においては IBD の治療目標は患者にとって安全でかつ、QOL を損なわないよう、早期に寛解導入し、長期間の寛解維持を目指すことである。それによって、入院回数や手術率を減らすことにより IBD の自然史を改善させることが可能となる。

これまで長きにわたり IBD に対しては 5-ASA、ステロイド、免疫調節剤 (アザチオプリン、6-MP) による内科的治療が行われてきた。しかし 2000 年に血球成分除去療法 (cytapheresis ; CAP) が保険適応となったのを皮切りに、生物学的製剤、タクロリムスと我々は多くの治療オプションを手にすることができ、治療の選択肢が大幅に広がった。さらに近い将来にはウステキヌマブやベドリズマブ等の新たな分子標的治療薬が承認される見込みである。しかし選択肢が増えた分、病態に応じたこれらの適正な使い分けに関しては徐々に複雑化している。5-ASA 以外の治療法はいずれも免疫機能を低下させる可能性があるため感染症の発生には十分注意し、複数の薬剤を併用せざるを得ない場合

にはニューモシスチス肺炎等の生命の危険に関わるような日和見感染症が発症するリスクも念頭におき、それに対する治療薬の予防投与もしっかり行う必要がある。IBD患者の高齢化、高齢発症のIBD患者の割合は年々増加傾向にあり、今後これらのことに対して十分に注意を払っていくことが必要になると思われる。

略 歴

平成5年3月26日 浜松医科大学医学部医学科卒業
平成5年6月1日 浜松医科大学第一内科研修医
平成6年6月1日 国立熱海病院内科研修医
平成7年6月1日 共立菊川病院内科医員
平成8年6月1日 藤枝市立総合病院消化器科医員
平成11年4月11日 浜松医科大学大学院医学研究科博士課程入学
平成15年3月26日 同大学院卒業
平成15年4月1日 浜松医科大学第一内科医員
平成15年8月1日 米国マサチューセッツ総合病院、Research Fellow（病理学講座）
平成20年6月1日 浜松医科大学内科学第一助教
平成23年2月1日 浜松医科大学第一内科講師
平成25年11月1日 浜松医科大学内科学第一准教授
現在に至る

[所属学会]

日本内科学会 内科専門医
日本消化器病学会 専門医 指導医 評議員
日本消化器内視鏡学会 専門医 指導医 評議員
日本消化管学会 認定医
日本消化器免疫学会

3) 膵癌における超音波検査の役割

藤田保健衛生大学 肝胆膵内科 橋本 千樹

【はじめに】

膵癌は近年増加しており、本邦において膵癌による死亡数は年間約32000人（2014年）にのぼり、男女全体で4位となっている。また膵癌の5年生存率は約7%と予後不良であり、21世紀に残された消化器癌といわれている。したがって、その診断法、治療成績の改善が急務とされているが、なかなか予後が改善していないのが現状である。今回は、膵癌を中心とした膵腫瘍診断における超音波の役割について概説する。

【US】

USは簡便で非侵襲的な検査法で、日常診療で広く用いられている。しかしUSの診断能は患者の条件や検査施行者の技術レベルに依存する検査法でもある。膵癌の予後の改善に向けて2013年に改訂された「科学的根拠に基づく膵癌診療ガイドライン」では、膵癌のスクリーニングに腹部USが勧められており、外来診療や検診において有用であるとされている。実際に膵癌の発見契機となった画像診断法は、腹部USが最も多いと報告されている。超音波検診での膵癌発見率は0.01%以下と低率ではあるが、大阪府立成人病センターでは膵管拡張や膵嚢胞を伴う群では膵癌が高頻度に検出されたことを報告し、USによる膵癌の検診システムを構築している。また、腹部超音波検診の検査法の質的向上と均質化を目指し、日本消化器がん検診学会、日本超音波医学会、日本人間ドック学会からは2014年に腹部超音波検診判定マニュアルが作成された。

【EUS】

EUSは高い空間分解能を有し、消化管ガスの影響も受けることがほとんどないことから、膵癌診断の感度、特異度、正診率は良好な成績が報告されている。膵小病変の描出率も高率であり、USやCTなどで腫瘍を捉えることが困難な病変に対しても有用である。「科学的根拠に基づく膵癌診療ガイドライン」では、画像診断で膵癌の診断に難渋する場合には病理学的確定診断を試みる事が望ましいとされているが、EUS-FNAが勧められている。

【造影】

膵腫瘍の超音波画像診断の基準として、2013年に日本超音波医学会から膵癌超音波診断基準が作成されている。しかしBモード画像だけでは他の腫瘍性病変との鑑別診断が困難な場合もあるが、ドプラ法やコントラスト法、エラストグラフィーなどを行うことにより、診断能が向上すると報告されている。しかし、ソナゾイドを使用した造影エコーは保険収載されておらず、使用に限られる。

略 歴

平成5年3月 名古屋大学医学部医学科卒業
平成5年5月 半田市立半田病院研修医
平成8年10月 静岡厚生病院内科
平成9年7月 名古屋大学医学部第2内科研究生
平成11年4月 名古屋大学医学部附属病院第2内科医員
平成17年4月 藤田保健衛生大学肝胆膵内科講師
平成22年10月 藤田保健衛生大学肝胆膵内科准教授
現在に至る

4) 胃炎の京都分類に基づく胃癌予防策

国立病院機構函館病院 加藤 元嗣

胃癌の主たる原因が*H. pylori*感染であり、除菌治療で胃癌発症を3~4割減らせることから、2014年にWHOのIARCは*H. pylori*除菌による胃癌予防策を推奨した。*H. pylori*除菌によって期待される胃癌予防効果は、除菌を受ける年齢によって大きく異なる。若年者ほど予防効果は高いが、高年者では除菌後の経過観察中に一定の割合で除菌後胃癌が発見される。従って、わが国の胃癌予防には一次予防（*H. pylori*除菌）と二次予防（胃癌スクリーニング）の組み合わせたTest, Treat, and Screeningが重要である。2013年2月に*H. pylori*感染胃炎に対する除菌治療が保険適用となり、すべての*H. pylori*陽性者を除菌できることが可能となった。ただし、保険診療の取り扱い上、除菌治療を行うには内視鏡検査で*H. pylori*感染胃炎と診断する必要がある。すなわち内視鏡検査とは胃癌などの胃病変の検出という目的の他に、*H. pylori*感染胃炎を診断するという新たな役割が加えられたことになる。

*H. pylori*除菌時代になって、世界に通用する新たな内視鏡胃炎分類として「胃炎の京都分類」が発表された。このコンセプトは、内視鏡により胃粘膜の状態を*H. pylori*未感染粘膜と、*H. pylori*感染粘膜、*H. pylori*既感染・除菌後粘膜に診断することにある。それらの診断を補助するために、京都分類では18の内視鏡で認める胃炎所見を定義して、それぞれがどのような*H. pylori*感染状態で認められる所見なのかを整理した。さらに、内視鏡による胃炎所見の記載方法、胃癌リスクを考慮した内視鏡所見スコアを提案した。胃炎所見の中でRAC、びまん性発赤、地図状発赤はキーとなる重要な所見である。*H. pylori*未感染の胃底腺粘膜には規則的に配列した微小発赤点が観察できる。この所見はregular arrangement of collecting venules (RAC)と呼ばれ、正常の胃粘膜を示唆する所見である。炎症のない胃底腺粘膜では、粘膜表面は円形の腺管構造が配列し、腺管周囲を取り囲む真性毛細血管が蜂の巣状のネットワークを形成する。この微細血管が融合を繰り返して集合細静脈となり、粘膜下層の静脈につながる。集合細静脈は350um（10~12腺管）ごとに点在しており、この集合細静脈が胃粘膜表面から内視鏡を通して透見される像がRACである。RACが前庭部口側から胃体部に観察される場合には、*H. pylori*未感染粘膜として、感度と特異性に優れた所見である。一方、*H. pylori*感染粘膜に炎症があると、粘膜表層に存在する真性毛細血管のうっ血・拡張により粘膜全体が発赤調を呈するが、この所見をびまん性発赤と称する。びまん性発赤のため、粘膜表層よりやや深部にある集合細静脈は粘膜表面から透見できなくなり、RAC所見が消失である。前庭部優位胃炎では体部粘膜にRACが観察されることがあるので、*H. pylori*未感染か現感染かの鑑別においては、RACの判定は胃角部小彎で行うのが適切である。*H. pylori*除菌によって胃粘膜の炎症が改善すると、びまん性発赤が消失してくる。そのため、萎縮のな

い胃底腺粘膜は白色調を呈し、萎縮や腸上皮化生を有する粘膜では発赤調が残るために、除菌前に比べ両者のコントラストがついて見える。この所見が地図状発赤と呼ばれ、除菌後粘膜に特異的な所見である。除菌後粘膜の診断には地図状発赤の存在を確認するか、萎縮粘膜と同時に未感染所見であるRACや胃底腺ポリープが観察される場合にはそれほど困難ではない。

京都分類が内視鏡的な胃炎所見を体系化したことで、*H. pylori*感染胃炎の診断が容易になったばかりではなく、胃癌スクリーニングにも有益な情報をもたらした。*H. pylori*感染状態によって異なる胃癌の特徴を理解することで、効率的な胃癌スクリーニングが可能となる。これまでの研究によって*H. pylori*感染者における胃癌の内視鏡診断学は確立されている。しかし、除菌後胃癌は除菌による様々な組織学的変化を受けていることが明らかになっており、従来の診断学で適応できない症例も存在する。また、*H. pylori*未感染胃癌は頻度が低いものの、組織像と好発部位が次第に明らかになってきている。

略 歴

昭和57年 3月 北海道大学医学部卒業
昭和57年 6月 北海道大学医学部附属病院第3内科研修医
同年 11月 市立稚内病院内科
昭和62年10月 国立療養所西札幌病院内科
平成元年 6月 北海道大学医学部附属病院第3内科医員
平成7年 1月 北海道大学医学部附属病院第3内科助手
平成10年 9月 アメリカ合衆国ベイラー医科大学に留学
平成11年 7月 北海道大学病院光学医療診療部助教授
平成19年 4月 同 部長・准教授
平成22年 8月 同 診療教授
平成28年 4月 国立病院機構函館病院 院長

学会活動

日本消化器内視鏡学会理事・指導医、日本消化管学会理事・指導医、日本消化器病学会財団評議員・指導医、日本ヘリコバクター学会理事・ピロリ菌感染症認定医、日本大腸肛門病学会評議員・指導医、日本カプセル内視鏡学会代議員・指導医、日本神経消化器病学会理事、日本内科学会指導医

シンポジウム プログラム・抄録

お断わり：原則的に講演者が入力したデータをそのまま掲載しておりますので、一部に施設名・演者名・用語等の表記不統一がございます。あらかじめご了承ください。

シンポジウム 1

第 2 会場

9 : 00 ~ 11 : 20

司会 藤田保健衛生大学 肝胆膵内科 川部 直人
浜松医科大学医学部附属病院 肝臓内科 小林 良正

「C 型肝炎 SVR 後の問題点と課題」

S1-1 C 型肝炎 SVR 後の肝発癌とそのリスク因子

順天堂大学医学部附属静岡病院 消化器内科

○村田 礼人、玄田 拓哉、永原 章仁

S1-2 慢性 C 型肝炎に対するインターフェロン治療の発癌や予後への影響の検討

大垣市民病院 消化器内科

○水野 和幸、熊田 卓、豊田 秀徳

S1-3 当院における IFN 療法による HCV 持続的排除後の長期経過の分析

JCHO 中京病院 消化器内科

○高口 裕規、戸川 昭三、長谷川 泉

S1-4 HCV 排除後の肝発癌例の検討

聖隷浜松病院 消化器内科

○瀧浪 将貴、室久 剛、長澤 正通

S1-5 C 型慢性肝疾患に対するインターフェロンフリー治療効果及び SVR 後発癌例の検討

¹名古屋市立大学大学院医学研究科 消化器・代謝内科学、

²名古屋市立大学大学院医学研究科 病態医科学

○飯尾 悦子^{1,2}、野尻 俊輔¹、田中 靖人²

S1-6 ダクラタスビル / アスナプレビル療法による HCV 消失と肝線維化関連マーカーおよび MR Elastography を用いた肝弾性率の変化の検討

¹浜松医科大学医学部附属病院 肝臓内科、²浜松医科大学医学部附属病院 放射線部

○千田 剛士¹、小林 良正¹、竹原 康雄²

S1-7 当院でダクラタスビル / アスナプレビル併用療法を導入し SVR を達成した症例の検討

豊橋市民病院 消化器内科

○山本 崇文、内藤 岳人、浦野 文博

- S1-8 当院における C 型慢性肝疾患に対するダクラタスビル / アスナプレビル (DCV / ASV) 併用療法の早期治療効果ならびに副次的効果の検討
富士宮市立病院 内科
○森 雅史、樋口 友洋、石田 夏樹
- S1-9 C 型慢性肝疾患に対する DAA による SVR 後の HCC 発症・再発の検討 (肝硬度測定を測定して)
名古屋医療センター 消化器科
○宇仁田 慧、平嶋 昇、岩瀬 弘明
- S1-10 当院における C 型慢性肝炎に対するダクラタスビル・アスナプレビル併用療法の治療成績およびペグインターフェロン・リバビリン併用療法 SVR 後発癌についての検討
藤田保健衛生大学 肝胆膵内科
○菅 敏樹、川部 直人、吉岡 健太郎
- S1-11 IFN 治療後 SVR 症例から予測される DAA 治療後の問題点
¹安城更生病院 消化器内科、²ひこほし内科クリニック
○竹内 真実子¹、細井 努¹、山田 雅彦²
- S1-12 C 型慢性肝疾患治療後の血清 AFP 値の推移：直接作用型抗ウイルス薬とインターフェロンとの比較検討
岐阜市民病院 消化器内科
○水谷 拓、西垣 洋一、富田 栄一

シンポジウム 2

第 2 会場

14:00～16:30

司会	名古屋大学大学院医学系研究科 消化器内科学	宮原 良二
	JA 静岡厚生連遠州病院 消化器内科	西野 眞史
特別発言	浜松医科大学医学部附属病院 臨床研究管理センター	古田 隆久

「H. pylori 除菌後、陰性時代の上部消化管疾患の現状と課題」

- S2-1 当院における内視鏡治療適応となった H. pylori 除菌後胃癌の特徴
聖隷浜松病院 消化器内科
○芳澤 社、細田 佳佐、佐藤 嘉彦
- S2-2 Helicobacter pylori 除菌後胃癌の特徴についての検討
愛知医科大学病院 消化管内科
○足立 和規、海老 正秀、春日井 邦夫
- S2-3 当院における早期胃癌の *Helicobacter pylori* 感染の状況と除菌後胃癌について
JCHO 中京病院 消化器内科
○井上 裕介、戸川 昭三、長谷川 泉
- S2-4 胃内視鏡検診受診者における Helicobacter pylori 除菌後胃癌の検討
名古屋市立大学大学院医学研究科 消化器・代謝内科学
○稲垣 佑祐、久保田 英嗣、城 卓志
- S2-5 異時性再発した胃癌の臨床的特徴についての検討
¹名古屋大学医学部附属病院 光学医療診療部、
²名古屋大学大学院医学系研究科 消化器内科学
○小林 健一¹、宮原 良二²、後藤 秀実²
- S2-6 除菌後早期胃癌における生検診断困難例に対する共焦点レーザー内視鏡の有用性
藤田保健衛生大学 消化管内科
○堀口 徳之、田原 智満、大宮 直木
- S2-7 ESD を施行した H.pylori 未感染胃癌の検討
岐阜大学医学部 消化器病態学
○高田 淳、荒木 寛司、清水 雅仁

S2-8 家族性大腸腺腫症（FAP）患者の胃癌の検討 -*Post H. pylori*時代に遺伝的要因が注目される可能性-

¹浜松医科大学 第一内科、²浜松医科大学 遺伝子診療部

○鈴木 聡¹、岩泉 守哉^{1,2}、杉本 健¹

S2-9 当院における *H.pylori* 陰性胃 MALT リンパ腫の臨床病理学的特徴

愛知県がんセンター中央病院 内視鏡部

○鈴木 博貴、田近 正洋、丹羽 康正

S2-10 *H. pylori* 陰性時代に注目される A 型胃炎の検討

藤枝市立総合病院

○丸山 保彦、景岡 正信、大畠 昭彦

S2-11 *Helicobacter pylori* negative refractory gastric antral ulcer

藤枝市立総合病院 消化器内科

○寺井 智宏、丸山 保彦、景岡 正信

S1-1 C型肝炎 SVR 後の肝発癌とそのリスク因子

順天堂大学医学部附属静岡病院 消化器内科
○村田 礼人、玄田 拓哉、永原 章仁

【背景】C型肝炎に対する抗ウイルス療法は、直接作用型抗ウイルス薬の登場により著効率が向上したため、SVR例が急速に増加しつつある。しかし、SVR獲得後であっても肝発癌が認められるため、今後の臨床現場ではSVR後肝発癌の適切なリスク評価が重要と考えられる。今回の検討では当科におけるSVR後肝発癌の頻度と、そのリスク因子について解析した。【方法】対象は2004年から2014年の期間にインターフェロン療法を受け、治療終了日から1年以上の観察期間のあるSVR後C型肝炎患者303例。治療前の患者背景と検査所見、治療終了後24週目の検査所見からCox比例ハザードモデルを用いて肝発癌に寄与する因子を抽出した。【結果】対象患者の観察期間中央値は3.6年(1.0-10.0年)、男性182例(60%)、治療開始時年齢の中央値57歳(20-85歳)。経過観察中303例中8例に肝発癌を認めた(5年累積発癌率:3.7%)。単変量解析では糖尿病合併、組織学的肝線維化と炎症活動性、治療前アルブミン値、血小板数、AFP値、治療後血小板数、GGT値、AFP値がSVR後肝発癌に寄与する有意な因子であった。多変量解析では、組織学的肝線維化(HR4.00, 95%CI 1.40-11.18, P=0.01)と治療後AFP値(HR1.12, 95%CI 1.01-1.24, P=0.027)が独立した因子として抽出された。ROC解析では肝発癌を予測する治療後AFPのカットオフ値は5ng/mLと算出された。SVR後発癌症例は全例が組織学的肝線維化F2-4からの発癌であったが、F2-4の症例に限っても治療後AFP低値群と高値群の累積発癌率には有意な差が認められた(5年累積4.4% vs. 17.4%, Log-rank test: P=0.012)。【結論】治療前肝線維化評価と治療後AFP値は、SVR後の発癌リスク評価に有用である。F2以上の肝線維化進展かつ治療後AFP値5ng/mL以上の例はSVR後肝発癌の高危険群と考えられた。

S1-2 慢性C型肝炎に対するインターフェロン治療の発癌や予後への影響の検討

大垣市民病院 消化器内科
○水野 和幸、熊田 卓、豊田 秀徳

【目的】C型肝炎に対する抗ウイルス療法はほとんどウイルス学的著効(SVR)の得られるDAAの出現で大きく変貌した。今回われわれはインターフェロン(IFN)での抗ウイルス療法で発癌、予後に与えてきた影響について検討した。【方法】対象は3年以上観察でき、観察開始から1年は肝細胞癌(HCC)が出現しなかったC型肝炎2743例である。587例(SVR群)はIFNによりSVRが得られ、475例(non-SVR群)はIFNでSVRが得られず265例(relapse群)が再燃、210例(NR群)が無効で、1681例(non-IFN群)はIFNを使用しなかった。これらについて長期予後や累積発癌率について検討した。【成績】SVR群、non-SVR群、non-IFN群の観察開始からの10年、15年の累積発癌率はそれぞれ、4.4%、14.7%、21.3%と5.7%、26.2%、30.6%でそれぞれ有意差を認めた(p<0.01)。10年、15年生存率は97.7%、93.3%、79.2%と95.6%、82.2%、63.3%と有意差を認めた(p<0.01)。10年、15年肝関連死は1.2%、4.3%、10.7%と1.8%、11.7%、20.2%と有意差を認めた(p<0.01)。10年、15年非肝関連死は1.1%、2.4%、11.3%と2.6%、6.9%、20.7%と有意差を認めた(p<0.01)。SVR群、relapse群、NR群のIFN最終投与日から5年、10年、15年の累積発癌率はそれぞれ、1.7%、6.8%、10.5%と5.0%、14.9%、23.5%と6.1%、27.3%、38.2%であり、それぞれ有意差を認めた(SVR群とrelapse群、SVR群とNR群はp<0.01、relapse群とNR群はp=0.02)。【結論】IFNでSVRを得られた群ではHCCの発癌抑制、肝関連死・非肝関連死率が低下していた。またSVR後発癌が15年で6.1%に認められた。DAAでの治療はIFN治療に対してより高齢、線維化症例が多く、またIFN治療ではIFN抗腫瘍効果の影響も考えられ、DAAにも同様の経過をたどるかデータの蓄積が待たれる。

S1-3 当院におけるIFN療法によるHCV持続的排除後の長期経過の分析

JCHO 中京病院 消化器内科
○高口 裕規、戸川 昭三、長谷川 泉

【背景・目的】直接作用型抗ウイルス剤(DAA)の登場でC型肝炎ウイルス(HCV)の駆除率が上がることが想定されるが、これまでIFN療法時代において持続的ウイルス学的寛解(SVR)後も肝細胞癌(HCC)発症が散見される。今回一般病院である当院のIFN療法でSVR得た後のHCC発症に関してその傾向と治療前因子の検討を行ったので報告する。【対象・方法】DAA以前1992年4月から2013年12月までに当科でC型慢性肝疾患に対しIFNを軸とした治療が行われた症例は544例(IFN単剤224例、コンセンサスIFN26例、IFN+リバビリ

ン(RBV)52例、PegIFN82例、PegIFN+RBV併用療法160例)であった。治療後SVRが確認された194例(36%)の内判定後1年以上観察できた160例について、HCC発症の有無でその治療前因子の差異、発癌までの期間、治療経過、予後を検討した。【結果】160例の内、平均観察期間6年3ヶ月の間に14例HCCを発症した。HCC群と非発癌群とを比較すると、IFN導入時の平均年齢はHCC群、非発癌群それぞれ57.5/49.7(歳)、男性占める率はそれぞれ85.7/56.8(%)、線維化を示すFib-4 indexはHCC群で有意に高値であった(2.94/1.97)。HCC発症はIFN療法後平均10年10ヶ月であったが、その6/14例(43%)がSVR後5年以内にHCC発症した。一方15年を超えて発症する例も認められた。HCC発症時の肝予備能は全例Child分類grade Aであり、臨床病期は1/2/3/4Aそれぞれ2/10/1/1(例)、12例(85.7%)に手術が行われ、観察期間中にHCCの進展に伴う癌死は1名(7.1%)に留まった。【考案・結論】DAA製剤はSVR率が高い上有害事象が少なく高齢者にも忍容性があり、今後治療対象者の拡大がはかれると思われる。今回の検討で治療前の年齢、性別、線維化の程度がSVR後HCC発症に寄与することが示唆された。比較的早期の診断により、致命的な進展を抑制できる可能性もあり、高齢の男性で線維化を伴った症例は、治療によるSVR後も長期にわたってサーベイランスが必要と考えられた。

S1-4 HCV排除後の肝発癌例の検討

聖隷浜松病院 消化器内科
○瀧浪 将貴、室久 剛、長澤 正通

【目的】近年C型肝炎のDAA治療が盛んに行われ、数年後には大半のHCVは排除されると考えられている。しかしHCV排除後も肝細胞癌の発症リスクは残り、今後はこの問題が重要な点となると思われる。こうした問題を考えるために、今回は当院でのSVR後の肝発癌例の検討を行った。【対象】2007-2016年に当院で新規発症登録を行った肝細胞癌470例のうち、SVR達成後に肝細胞癌を発症した15例について検討した。【結果】男性12/女性3、平均年齢63.6歳(56-81)、血小板数は11.3万(7.4-41.5)であった。背景因子ではHBe/c抗体陽性2例(13%)、アルコール多飲2例(13%)、DM1例(7%)、重複癌3例(20%)、心疾患4例(27%)と、HCV陽性肝癌全体と有意差を認めなかった。HCV治療はIFN8例、PEG-IFN/RBV4例、TRV3剤1例、DCV/ASV1例、SOF/RBV1例であった。肝癌治療後にHCV治療を行い、SVR達成後にSVR後に肝癌が初発したものが10例、再発したものが5例であった。SVR後から発癌まで平均2.5年(0-19年)であった。進行度は1/2/3/4が9(60%)/3(20%)/3(20%)/0。治療方法は手術4例、RFA/TACE6例、無治療2例、放射線治療1例であった。3例が死亡しており、1例は合併症のため、1例は治療拒否、1例は多発再発で肝癌死した。他の12例は全例生存中である。うち5例が肝癌再発するも追加治療にて全例制御されている。【考察】SVR後の肝発癌は経過観察中に早期で発見され、多くは手術や局所療法にて制御可能であった。HCV排除後の背景因子には特定の傾向を認めず、HCV排除後もリスク因子にかかわらず定期的な経過観察を行っていくことが重要であると思われる。

S1-5 C型慢性肝疾患に対するインターフェロンフリー治療効果及びSVR後発癌例の検討

¹名古屋市立大学大学院医学研究科 消化器・代謝内科学、
²名古屋市立大学大学院医学研究科 病態医科学
○飯尾 悦子^{1,2}、野尻 俊輔¹、田中 靖人²

【目的】2014年9月第一世代interferon(IFN) free治療のDaclatasvir/Asnatrevir(DCV/ASV)療法が使用可能となり、これまで抗ウイルス療法が困難であった高齢者や肝硬変症例での治療が可能になり、良好な治療成績が得られるようになった。今回全国多施設においてDCV/ASV療法の治療効果、薬剤耐性変異、さらに治療後の発癌症例の特徴を検討した。【方法】C型慢性肝疾患患者641例がDCV/ASV療法を開始。内訳はCH425名、LC216名。男性279名(43.5%)、年齢中央値71(33-87)歳、血小板中央値12.8(2.1-34.5)万/μL、HCV-RNA 6.1(2.7-7.8) log IU/mL。シメプレビル(SMV)を含む3剤併用療法施行歴のある患者は27例。【結果】1) 有効性: DCV/ASV療法導入641例中、5.2%にダイレクトシークエンス法でのNS5A 31Mまたは93H変異を認めた。93H変異群のHCV-RNA陰性化率は、4週/治療終了時/終了後4週/8週/12週で56/68/56/52/48(%)、93Y群では77/93/91/90/88(%)であり、93Hでは93Yに比べ経時的なウイルス陰性化率が有意に低く、高率に再燃を認めた。前治療SMV症例では66.7%(18/27例)が治療不成功となった。治療不成功のうち52例のNS5A変異は、多重変異またはdeletionの割合が0%から85%へと増加した。2) DCV/ASV治療後発癌例の特徴: DCV/ASV治療で著効(SVR24)が得られた559例のうち、SVR後に10例発癌を認めた。内訳はCH5名、LC5名、年齢中央値75(66-83)歳、男性9例(90%)。6例にHCC既

往あり。治療開始時のAFP中央値は21.6 ng/ml。治療終了時点からHCC診断までの期間中央値は30(24-36)週。治療開始前、治療終了時、SVR12、SVR24のM2BPGI中央値はそれぞれ6.44、2.89、2.40、2.43(C.O.I)。一方で発癌を認めていない症例はそれぞれ2.53、1.69、1.46、1.29(C.O.I)で、発癌群、非発癌群ともに経時的にM2BPGIは低下したが、発癌群ではいずれの時点でも有意にM2BPGIは高値であった。【結語】DCV/ASV療法は良好な治療成績を有する一方、多重変異が出現した症例の今後の治療は検討を要する。また治療終了後に肝臓が散見され、肝臓高リスク群の囲い込みは重要である。

S1-6 ダクラタスビル/アスナプレビル療法によるHCV消失と肝臓線維化関連マーカーおよびMR Elastographyを用いた肝弾性率の変化の検討

¹浜松医科大学医学部付属病院 肝臓内科、
²浜松医科大学医学部付属病院 放射線部
○千田 剛士¹、小林 良正¹、竹原 康雄²

【目的】慢性C型肝炎のインターフェロン療法によるウイルス排除後の肝発癌率は肝線維化進展例に高いことが報告されているが、インターフェロンフリー治療においては明らかにはされていない。そこでインターフェロンフリー治療によるウイルス排除が肝線維化や肝発癌リスクに与える影響について検討するため、今回はDCV/ASV療法によるAFP、肝線維化関連マーカー、MR Elastography(MRE)を用いた肝弾性率の変化を調べた。【方法】DCV/ASV療法を施行した慢性C型肝炎患者192例のうち、薬剤投与前と投与終了後24週時にTIMP1、M2BPGIを含む生化学的データが得られた38例(男性/女性17/21例、年齢[中央値]72歳)を対象とした。うち28例では同時期にMREによる肝弾性率が評価された。本検討は倫理委員会の承認のもと行われた。【成績】血小板150万/mm³未満、APRI 1.0以上の高度線維化症例がそれぞれ21例(55%)。副作用による投与中止2例を含めた35例(92%)でSVR24が達成された。1例は投与終了後の経過観察中に肝細胞癌が認められた。投与前後のデータの変化(中央値)はALT 38→14U/L(p<0.001)、AFP 5.0→3.5ng/mL(p<0.01)、TIMP1 103→81ng/mL(p<0.001)、M2BPGI 3.9→1.2(p<0.01)と有意に改善したのに対して、肝弾性率4.0→3.3kPa、血小板数141→14.5万/mm³は改善を認めなかった。HCVが消失しても、肝弾性率、血小板数、M2BPGI、TIMP、AFPに改善が見られなかった例が、それぞれ36%、32%、7%、11%、32%に認められた。【結語】DCV/ASV療法によりウイルスが排除されても、肝線維化進展や肝発癌のリスクは残存する可能性が考えられる。

S1-7 当院でダクラタスビル/アスナプレビル併用療法を導入しSVRを達成した症例の検討

豊橋市民病院 消化器内科
○山本 崇文、内藤 岳人、浦野 文博

【目的】従来難治性とされてきたgenotype1型のC型慢性肝炎に対する治療は、IFNフリー治療の登場で高い治療効果を認め多くの症例でSVR獲得ができるようになった。今回我々は当院で施行したIFNフリー治療においてSVR後の血液学的変化を検討した。【対象・方法】2014年9月から2016年1月末までにダクラタスビル/アスナプレビル(DCV/ASV)併用療法でSVR獲得を確認した74例を対象とし、AST/ALT/PLT/ALB/総コレステロール/Γ-GT/AFPの治療前後での変化を検討した。またSVR後に肝細胞癌を発見・診断された症例についても検討した。【結果】全体:74例、男性34例、平均年齢68.4歳、IFN前治療あり44例、肝硬変41例、肝細胞癌(HCC)治療歴あり18例。治療前後での血液学的検査の差(平均値±2SD):AST23.3±5.1 IU/mLの低下、ALTは26.5±5.7 IU/mLの低下、PLT有意差なし、ALBは0.17±0.13g/dLの上昇、総コレステロール26.7±5.8 mg/dLの上昇、Γ-GT16.5±6.1 U/Lの低下AFPは10.1±6.8ng/mLの低下。SVR後に肝細胞癌が指摘されたのは4例で、全例が再発例であった。HCC治療あり群と治療なし群の治療前後の血液学的変化を確認した。HCC治療あり群:18例、HCC治療歴(平均値±2SD)肝切除0.28±1.15回、RFA1.5±2.85回、TACE1.17±2.4回、PEIT0.17±1.03回、治療前後での血液学的検査の差AST22.7±8.0 U/Lの低下、ALT20.6±8.2 U/Lの低下、ALBは0.25±0.16 g/dLの上昇、総コレステロール27.0±9.7 mg/dLの上昇、Γ-GT15.8±14.7 U/Lの低下、AFP有意差なし。HCC治療なし群:56例、治療前後での血液学的検査の差AST22.4±6.0 U/Lの低下、ALT27.9±6.2 U/Lの低下、ALB有意差なし、総コレステロール25.8±6.9 mg/dLの上昇、Γ-GT16.0±6.9 U/Lの低下、AFP8.1±5.8 ng/mLの低下。【結語】DCV/ASV併用療法によって、血液検査上の肝炎所見は改善した。治療後のHCC発見は現段階では全て再発例だった。ウイルス排除による発癌もしくは癌再発抑制効果の検討はさらなる観察期間を要する。

S1-8 当院におけるC型慢性肝炎に対するダクラタスビル/アスナプレビル(DCV/ASV)併用療法の早期治療効果ならびに副次的効果の検討

富士宮市立病院 内科
○森 雅史、樋口 友洋、石田 夏樹

【目的】当院で施行したC型慢性肝炎に対するDCV/ASV併用療法の早期治療効果ならびに副次的効果を検討する。【方法】2014年10月~2015年10月に当院当科でダクラタスビル/アスナプレビル併用療法が開始されたC型慢性肝炎患者35例(男性17例、女性18例)を対象とした。年齢は66(41-83)歳、肝硬変患者は20%(7/35)、Y93耐性変異は5.7%(2/35)であった。早期治療効果としてウイルス陰性化率とALT改善率を、副次的効果としてAFP、Alb、PT、血小板、A1cの治療前後の変化を評価した。【成績】HCV-RNAの陰性化率は開始後2週で56.5%(13/23)、4週で81.3%(26/32)、8週で97.1%(34/35)であった。ALTは2週で97.1%(34/35)が低下したが、全治療期間においてはGrade3以上の1例を含む6例(17.6%)に肝障害を認めた。治療前と治療終了時のAFP、Alb、PT、血小板、A1cの比較ではAFP(18.0±20.8ng/ml→5.1±3.2ng/ml[P=0.01])、Alb(3.94±0.44g/dl→4.11±0.35g/dl[P<0.01])、PT(92.3±14.6%→88.2±11.6% [P=0.04])、血小板(13.5±5.6万/μl→15.0±6.1万/μl [P=0.04])に有意差がみられた。糖尿病が併存し治療前と治療終了時のA1cの変化が評価できた症例は5例のみであった。治療前と治療終了時とのA1cの比較では有意差は認められなかったが、5例中2例において-2.0%、-1.4%とA1cの明らかな低下を認めた。【結語】DCV/ASV併用療法では治療早期からHCV-RNAの陰性化やALTの改善が得られた。また、AFP低下やAlb上昇、血小板増加も有意に認められた。A1cが明らかに低下した症例も経験され、本治療法は様々な副次的効果も期待され得る治療法であると考えられた。

S1-9 C型慢性肝炎に対するDAAによるSVR後のHCC発症・再発の検討(肝硬度測定を測定して)

名古屋医療センター 消化器科
○宇仁田 慧、平嶋 昇、岩瀬 弘明

【はじめに】C型慢性肝炎に対し高いSVRを示すDAAが次々に登場しているが、SVR後のHCC発症頻度は未だ不明である。【目的】DAA後のHCC再発および発生を評価し、Fibroscanで肝硬度測定(LSM)を行い関係を検討した。【対象と方法】対象は2014年9月以降、1型C型慢性肝炎にダクラタスビル・アスナプレビル(DCV/ASV)投与43例(HCC手術後2例RFA後5例を含む)及びレジンバスビル・ソフォソビル(LDV/SOF)投与30例(RFA後1例を含む)、2型にソフォソビル・リバビリン(SOF/Rib)投与25例(HCC手術後1例を含む)である。治療前・開始後24週・開始後48週でLSMを測定した。【結果】現在、SVR12判定可能はDCV/ASV40例中38(95%)、LDV/SOF5例中5(100%)、SOF/Rib11例中11例であった。DCV/ASVは、LSM前(n=36)12.7±6.7、後24週(n=31)9.3±5.3、後48週(n=22)8.3±3.5kPaと有意に低下した。前HCCを認めなかった74才男性(LSM14.6→10.7)に終了後12週で10mmのHCCを認めた。HCC術後の56才男性(LSM19.1→12.8)に終了時15mmのHCCを、HCC術後の68才女性(LSM13.3→12)に終了後12週で15mmのHCCを認めた。LDV/SOFはLSM前後測定5例、前6.2±1.9、後5.2±1.4kPaに低下しHCC発生なし。SOF/RibはLSM前後測定9例、前9.2±6.4、後8.6±6.3Paに低下しHCC発生なし。【考案】DAAは高いSVR率が望めるが、治療後LSM低下が有意でない症例にHCC再発・発症を認めており、LSMの変化が発癌予測の正しい肝線維化評価になるかさらにフォローが必要と考えられた。【結語】C型慢性肝炎に対するDAAによりLSMは有意に治療後低下するが、低下不良例にHCC発症・再発が認められる可能性がある。

S1-10 当院におけるC型慢性肝炎に対するダクラタスビル・アスナプレビル併用療法の治療成績およびベグインターフェロン・リバビリン併用療法SVR後発症についての検討

藤田保健衛生大学 肝臓内科
○菅 敏樹、川部 直人、吉岡 健太郎

【目的】C型慢性肝炎に対するダクラタスビル(DCV)・アスナプレビル(ASV)併用療法は副作用が少なく高い治療効果が期待されている。しかし治療例に線維化進展例、高齢者が多いことから、SVR後の発癌が危惧されている。当院におけるDCV/ASV併用療法の治療成績を検討し、またベグインターフェロン(PEG-IFN)・リバビリン(RBV)併用療法SVR後発癌のリスク因子を検討し、今後のSVR後発癌について考察する。【対象】当院で平成17年1月から平成25年9月までにPEG-IFN/RBV併用療法を行った男性178名、女性192名、計370名(genotype1型233名、genotype2型135名、genotype3型2名)のC型慢性肝炎患者を対象とした。また、当院で平成26年9月から平成27年

12月までにDCV/ASV併用療法を開始した男性54名、女性70名、計124名のC型慢性肝炎患者を対象とした。【成績】PEG-IFN/RBV併用療法を行った患者の年齢は52.9±12.6歳、SVR率は59.4% (220/370)であった。SVR後で発癌を認めたものは5.9% (13/220)、Non-SVR例で発癌を認めたものは16% (24/150)であった。SVR後発癌に関与する因子は、線維化度 (F3以上) および年齢 (60歳以上) が多変量解析で選択された ($p = 0.0002$, $p = 0.0448$)。DCV/ASV併用療法を行った患者の年齢は68.0±9.1歳、肝硬変患者は28.8% (36/125)、肝癌治療歴を有する患者は19.2% (24/125)であった。Y93耐性変異は陰性101名、弱陽性23名、陽性1名であった。現在までのSVR率は89.5% (77/86)であった。中止例は15例、再燃例は4例であった。ARFIのcut-off値を設定するとARFI値 ≥ 1.44 はF3に相当し、全体の64.5% (71/110)に占め、60歳以上は84% (105/125)を占めていた。【結語】PEG-IFN/RBV併用療法のSVR後発癌は60歳以上および線維化ステージF3以上の進展例に有意に多く認められた。DCV/ASV併用療法は高い抗ウイルス効果を認めるが、SVR後発癌のハイリスク症例が多く含まれるため、今後長期的な観察を行い発癌に注意していく必要があると考えられた。

S1-11 IFN治療後SVR症例から予測されるDAA治療後の問題点

¹安城更生病院 消化器内科、²ひこほし内科クリニック

○竹内 真実子¹、細井 努¹、山田 雅彦²

【目的】C型肝炎ウイルス治療はIFNベースの治療から、さらに治療効果の高いDAA治療へと急速に進歩してきている。IFNベースの治療では、SVRが得られる症例は若年、肝線維化非進展例が多く、SVRが得られれば肝発癌は稀であると考えられてきた。今回我々はIFN治療後SVRとなった症例の受診状況、予後につき検討することにより、DAA治療後の問題点を検討する。【倫理的配慮】患者個人が同定されないよう考慮した。【対象と方法】対象は2002年以降に当院においてIFN治療を行い、SVR後5年以上経過している160例 (男性106例、女性54例)。IFN治療時の年齢、肝炎の状況、SVR後の受診状況、発癌の有無などについて検討した。またダクラタスビル・アスナプレビル併用療法にてSVRとなった34例と患者の背景因子を比較検討した。【結果】IFN治療群では治療時年齢は21歳~65歳で、中央値は47歳であった。背景肝はいずれも慢性肝炎であった。SVR後の受診状況は、SVR後3年間、当院へ受診していたのは87例 (54.4%)で、SVR後5年間受診していたのは65例 (40.6%)であった。SVR後5年以上当院へ通院していた65例のうち、肝機能異常を認めたのは14例 (21.5%)で、10例に脂肪肝を認めた。7例でアルコール摂取を認めた。SVR後に肝臓癌を認めたのは1例 (0.6%)のみであった。DAA治療群では治療開始時年齢は48歳~78歳で、中央値は66歳であり、IFN群より高齢であった。背景肝は慢性肝炎12例、肝硬変22例であり、肝硬変の方が多かった。【考察】IFN治療時代には、SVRが得られると約半数近くの症例で消化器内科の定期受診がされていなかった。SVR後の発癌も少数ながら存在し、脂肪肝、アルコールなど別の要因で肝機能異常をきたす例も存在することから、SVR後の定期フォローは重要であると考えられる。IFN治療群に比べ、DAA治療群は高齢、線維化進展例であり、SVR後発癌リスクは高いことが予測されるため、定期的な受診の啓蒙がより重要であると考えられた。【結語】DAA治療後はSVR後発癌のサーベイランスが重要であることを啓蒙していく必要がある。

S1-12 C型慢性肝炎治療後の血清AFP値の推移：直接作用型抗ウイルス薬とインターフェロンとの比較検討

岐阜市民病院 消化器内科

○水谷 拓、西垣 洋一、富田 栄一

【目的】C型肝炎疾患に対するインターフェロン (IFN) 治療では、 α -fetoprotein (AFP) 値の低下と発癌抑制の関連が報告されているが、直接作用型抗ウイルス薬 (DAA) の発癌抑制効果は不明である。そこで我々は、DAAの血清AFP値に対する影響をIFNと比較検討した。【対象・方法】DAA群は2014年9月から2015年3月の間にダクラタスビルおよびアスナプレビルの内服治療を開始しSVR₂₄を達成した68例を、IFN群は2001年3月から2009年3月の間に種々のインターフェロン治療を開始しSVR₂₄を達成した149例を対象とし、全例ジェノタイプ1bであった。DAA/IFN：年齢、70±8/58±11歳 ($p < 0.0001$)；性別 (男、女)、25、43/84、64 ($p = 0.016$)；慢性肝炎、肝硬変、44、24/146、3 ($p < 0.001$)；ALT、38.7±25.2/64.8±84.9IU/dL ($p = 0.014$)；AFP、14.3±20.5/8.5±15.2ng/mL ($p = 0.024$)；治療期間 (中央値)：168日/323日。各群において、治療前 (Tp) 治療終了時 (Tf) および終了後24週 (T₂₄) でのALT値およびAFP値の変化について検討した。【結果】1.ALT値の変化 (Tp/Tf/T₂₄)：DAA群、38.7±25.2/21.1±11.3/15.3±6.6IU/dL (TpvsTf, $p < 0.0001$ ；TfvsT₂₄, $p < 0.0001$)；IFN群、64.8±84.9/29.6±34.4/17.8±12.5IU/dL (TpvsTf, $p < 0.0001$ ；TfvsT₂₄, $p < 0.0001$) 2.AFP値の変化 (Tp/Tf/T₂₄)：DAA群、14.3±20.5/8.5±4.8/4.9±2.3ng/mL (TpvsTf, $p = 0.0007$ ；TpvsT₂₄, $p = 0.0002$)；IFN群、8.5±15.2/4.8±4.4/3.7±1.8ng/mL (TpvsTf, $p = 0.001$ ；TfvsT₂₄, $p = 0.0008$) 3.治療前にAFP値が10ng/mL以上の症例は、DAA群23例、IFN群19例であった。そのうち10ng/mL未満に低下した例は、DAA群：Tf18例 (78.3%)、T₂₄20例 (87.0%)；IFN群：Tf12例 (63.2%)、T₂₄17例 (89.5%)であった。【結語】C型肝炎疾患において、DAA治療によるAFP値の低下はIFN治療と同等で、DAA治療により発癌が抑制される可能性がある。

S2-1 当院における内視鏡治療適応となった H. pylori 除菌後胃癌の特徴

聖隷浜松病院 消化器内科
○芳澤 社、細田 佳佐、佐藤 嘉彦

【目的】H. pylori (以下 HP) 除菌症例が増加しているが、それに伴い除菌後に発見される胃癌も増加している。今回 HP 陽性胃癌と HP 除菌後胃癌を比較し、HP 除菌後胃癌の特徴を検討した。【方法】2006年1月から2015年8月まで当科で内視鏡治療 (ESD) を施行した症例のうち、各種検査で HP 感染が確認された291例 (A群) と HP 除菌後1年以上経過していた78例 (B群) を臨床背景、内視鏡的特徴を比較検討した。【結果】患者平均年齢は A群68.7歳、B群69.0歳で、男:女比は A群235:56、B群65:13、腫瘍の存在部位 (U/M/L) は A群48/133/110、B群18/32/28 でいずれも有意差は認めなかった。ただ肉眼型分類 (隆起:平坦~陥凹) は A群152:139、B群27:51 と除菌後で有意に平坦~陥凹が多く ($p < 0.01$)、平均腫瘍最大径は A群20.3mm、B群16.8mm であり除菌後で有意に小さかった ($p < 0.05$)。病理組織型 (分化型:未分化型) は A群275:16、B群74:4 で有意差は認めなかった。HP 除菌後群では除菌後平均4年3ヶ月で発生しており、13例 (16.7%) が異時多発例であった。【結論】当院での検討では内視鏡治療を行った病変では HP 除菌後胃癌は HP 感染胃癌と比べ陥凹型病変が多く、病変径は小さかった。HP 除菌を行っても一定の割合で癌は発生するため、除菌後長期経過していたとしても嚴重に内視鏡によるスクリーニングが必要と考える。

S2-2 Helicobacter pylori 除菌後胃癌の特徴についての検討

愛知医科大学病院 消化器内科
○足立 和規、海老 正秀、春日井 邦夫

【背景】Helicobacter pylori (HP) 感染胃炎に対する除菌療法が保険収載され、HP 感染者が減少している。それに伴い HP 除菌後の胃癌が散見されるようになった。【目的】HP 除菌後胃癌の特徴について検討する。HP 除菌後、胃癌発症までの期間についての検討する。【対象と方法】対象は2005年4月~2016年3月までに ESD もしくは手術を行った早期胃癌のうち、HP の検査がされた208病変を対象とし、陽性群、除菌群、既感染群、未感染群の4群に分類し、臨床的特徴、内視鏡的特徴、組織学的特徴の比較を行った。除菌群について除菌後胃癌発症までの時期を検討した。【成績】陽性群128例、除菌群41例、既感染群35例、陰性群4例であった。除菌後の期間は1~2年8病変、3~5年20病変、6~9年3病変、10年以上4病変、不明6病変であった。性別は各群で差は認めなかった。平均年齢は陽性群68.6±8.7歳、除菌群71.3±7.3歳、既感染群74.4±7.3歳、陰性群65±11.3歳と既感染群に比べ陽性群で若年であった ($p < 0.05$)。病変部位 (U/M/L) は陽性群 (74/54)、除菌群 (29/12)、既感染群 (23/12)、陰性群 (2/2) で有意差は認めなかった。肉眼型 (隆起/平坦~陥凹) は陽性群 (86/52)、除菌群 (14/27)、既感染群 (14/21)、陰性群 (0/4) と、陽性群に比べて除菌群は有意に陥凹型が多かった ($p < 0.05$)。腫瘍長径平均は陽性群 (31.3±17.3mm)、除菌群 (19.1±13.6mm)、既感染群 (22.1±11.0mm)、陰性群 (9±4.1mm) で既感染群、陰性群は陽性群に比べ有意に小さかった ($p < 0.05$)。主要組織型 (分化/未分化) は陽性群 (121/7)、除菌群 (38/3)、既感染群 (33/3)、陰性群 (2/2) で各群に差は認めなかった。深達度 (M/SM) は陽性群 (107/21)、除菌群 (32/9)、既感染群 (26/9)、陰性群 (4/0) で各群に差は認めなかった。【結論】HP 除菌後胃癌は、陥凹型が多いという特徴を認めた。HP 除菌後10年以上しても胃癌発生が認められるため、除菌後も長期にわたり定期的な経過観察が必要である。

S2-3 当院における早期胃癌の Helicobacter pylori 感染の状況と除菌後胃癌について

JCHO 中京病院 消化器内科
○井上 裕介、戸川 昭三、長谷川 泉

【目的】除菌治療の適応拡大に伴い今後は除菌後や Helicobacter pylori (以下 HP) 陰性を背景とした患者から胃癌の診断をする必要がある。今回我々は当院での除菌後胃癌と HP 陽性胃癌、HP 陰性癌をそれぞれ比較検討した。【対象】2012年1月1日から2015年12月31日までに臨床的に粘膜内癌 (cT1a) と診断された183名。【方法】診断時・治療時に HP 陽性者を P 群、HP 陰性かつ除菌治療の既往者を E 群、HP 陰性かつ除菌治療歴のない者を N 群とし、胃癌取り扱い規約第14版に準じて、病変部位、肉眼型、潰瘍の有無、組織型、深達度を比較した。また、除菌治療後1年以上経過していた症例について検討した。【結果】対象患者183名中 P 群49名、E 群29名、N 群45名、感染不明55名であった。病変部位 (U/M/L) は P 群 (14/21/14)、E 群 (11/11/7)、N 群 (11/24/13) で E 群では U 領域に多い傾向にあった。肉眼型 (隆起型/平坦型/陥凹型) は P 群 (22/6/21)、E 群 (11/3/15)、N 群 (32/4/12)

で、E 群では陥凹型、N 群では隆起型が多い傾向にあった。潰瘍合併 (有/無) は、P 群 (10/39)、E 群 (1/28)、N 群 (1/47) で P 群で潰瘍合併率が高かった。組織型 (分化型/未分化型) では、P 群 (41/8)、E 群 (28/1)、N 群 (45/3) でほとんどが分化型であったが、未分化型では P 群が多い傾向にあった。深達度 (m/sm 以深) では、P 群 (42/6)、E 群 (27/2)、N 群 (43/5) であり、粘膜内癌としての正診率は特に差は認められなかった。除菌後1年以上経過していた症例は11例であった。除菌から胃癌診断までの期間が平均41.9か月 (12~120ヶ月) であった。部位は U5例、M1例、L5例であった。肉眼型は1例のみ0-IIa+IIc で残り10例はすべて0-IIc で、組織型も分化型10例、未分化型が1例であった。また11例中5例で胃癌の内視鏡治療の既往があり、再発診断までの平均は50.8ヶ月であった。【結語】除菌後胃癌は陥凹型、HP 陰性胃癌は隆起型がやや多い傾向で、潰瘍合併率が低下していたが、内視鏡所見としては大きな特徴はなかった。また除菌治療後から胃癌発症まで平均で約42か月あり、治療後も長期間の経過観察が必要と考えられた。

S2-4 胃内視鏡検診受診者における Helicobacter pylori 除菌後胃癌の検討

名古屋市立大学大学院医学研究科 消化器・代謝内科学
○稲垣 祐祐、久保田 英嗣、城 卓志

【背景】Helicobacter pylori (HP) 感染胃炎に対する除菌治療が保険適応となり、除菌治療が広く行われるようになった。HP 除菌による胃癌罹患率の低下が期待されているが、除菌後に発生する胃癌は散見され、除菌後発症の背景因子の解析や除菌後の胃癌スクリーニングの最適化など検討項目が山積している。今回われわれは胃内視鏡検診受診者を対象とし、HP 除菌後胃癌の現状と問題点について検討したので報告する。【対象・方法】2012年4月から2015年5月までに、岡崎市医師会公衆衛生センターで上部消化管内視鏡を施行された18,779名 (男性10,489名、女性8,290名、平均年齢60.2歳) を対象とした。全症例において HP 感染の有無、HP 除菌の有無、成否、時期を問診により確認し、胃癌発生との関連について検討した。【成績】胃内視鏡検診により胃癌と診断された受診者は45名 (45/18779:0.24%) であった。検診受診時に、HP 感染陽性と診断されていた受診者が9,735名、陰性と診断されていた受診者は4,506名、不明が4,538名であった。胃癌発生率は、HP 陽性群で0.349% (34/9735)、HP 陰性群が0.067% (3/4506)、不明群が0.176% (8/4538) であった。胃癌の発生率は除菌成功群で0.35% (24/6845)、不成功群で0.655% (3/458)、未除菌群で0.323% (8/2432) であった。HP 除菌成功群について、除菌治療から胃癌発症までの期間、内視鏡所見、組織型について検討した。HP 除菌から胃癌診断までの期間は平均で3.44年であった。除菌後胃癌の組織型は高分化型腺癌19例、中分化型腺癌2例、印環細胞癌3例であった。内視鏡所見では陥凹型を呈するものが大勢を占め、多くの症例において背景粘膜の中等度から高度の萎縮を認めた。【結論】今回の検討は、観察期間が比較的短期で、後ろ向きの検討ではあるが、HP 除菌による胃癌発生率の低下は認めず、HP 除菌後の定期的な内視鏡フォローの妥当性が確認された。除菌後胃癌の特徴としては、肉眼型は陥凹型、組織型は高分化型腺癌が多い傾向がみられ、また中等度から高度の胃粘膜萎縮を背景として認めた。

S2-5 異時性再発した胃癌の臨床的特徴についての検討

¹名古屋大学医学部付属病院 光学医療診療部、
²名古屋大学大学院医学系研究科 消化器内科学
○小林 健一¹、宮原 良二²、後藤 秀実²

【背景】早期胃癌に対する ESD の普及とともに、異時性再発胃癌の早期発見が課題となっている。H. pylori (以下 HP) 除菌による異時性胃癌発生抑制の報告もあるが、異時性再発胃癌の除菌成功例での再発までの期間についての報告は少ない。異時性再発胃癌について、臨床的特徴について検討した。

【方法】2012年1月より2015年12月までに胃 ESD を施行した227病変 (219症例) 中、胃癌治療1年後以降に発見した37病変 (35症例、うち手術5例) を異時性胃癌 (再発群) と定義した。臨床的特徴、発生部位、肉眼型、腫瘍径、病理組織型、背景胃粘膜萎縮について初発群 (同時性再発も含む) 190病変 (183症例、うち手術2例) と比較検討した。また再発群において再発時期について検討し、術後胃、HP 未感染、除菌歴不明を除く28例を HP 陽性群 (13例)、HP 除菌群 (7例)、自然消退群 (8例) に分けて同様に比較検討した。血中 Hp 抗体価 ≤3 を陰性とした。

【結果】年齢中央値はいずれも72歳、男女比は再発群 (28:8)、初発群 (139:44) である。病変部位 (U/M/L) は再発群 (28/45/115)、初発群 (5/8/24)、肉眼型 (隆起型/平坦~陥凹型) は再発群 (61/129)、初発群 (15/22) であった。腫瘍径の平均は初発群19.7mm、再発群16.2mm

と再発群では小さい傾向にあった。病理組織(分化型/未分化型)は再発群(184/6)、初発群(34/3)であった。背景胃粘膜の萎縮については術後胃を除き、高度萎縮例(O-II、III)とそれ以外(O-Iまで)に分けると、再発群は21:10、初発群は82:99と再発群では高度な胃粘膜の萎縮を認めた(p<0.05)。再発群での再発までの期間の中央値は全体では43か月(13-240か月)であり、約4割(14例)は治療後5年以上経過での再発であった。除菌群ではU領域が多く、再発までの期間は陽性群(28か月)<除菌群(50か月)<自然消退群(80か月)の順に長い傾向にあった。

【結論】HP除菌成功後も高度の胃粘膜萎縮を有する症例では異時性発癌の危険性があるため、このような症例では長期間にわたる慎重なフォローアップが必要と考えられた。

S2-6 除菌後早期胃癌における生検診断困難例に対する共焦点レーザー内視鏡の有用性

藤田保健衛生大学 消化器内科

○堀口 徳之、田原 智満、大宮 直木

【背景・目的】ピロリ菌除菌後に発見される早期胃癌は表層の細胞分化や非腫瘍上皮の被覆により内視鏡診断や生検病理診断が困難になり得る。プローブ型共焦点レーザー内視鏡(pCLE: Cellvizio®)は内視鏡の鉗子孔より挿入しリアルタイムに顕微鏡レベルの超微形態の観察が可能で観察深度は表面より約60~100umである。本研究の目的は(1)除菌後早期胃癌における生検診断困難例の頻度の検討、および(2)生検診断困難例に対するpCLEの有用性の検討の2つを目的とした。【対象・方法】検討1:2007年4月~2015年3月、当院で治療した分化型早期胃癌のうち、除菌後半年以降に診断された44例51病変(除菌後経過期間中央値36ヶ月)、除菌歴のない120例131病変における生検診断困難例の頻度を検討した。生検診断困難例の定義として、初回内視鏡検査の時点での病変からの生検組織が、病理医により組織内の腫瘍量が少量、または異型が弱く、癌の診断が困難であると判断されたものとした。検討2:2015年4月~2016年2月、当院にて治療を行った除菌後早期胃癌12症例15病変に対して倫理委員会承認のもとフルオレサイト®静注後、pCLEにて観察。生検診断とpCLEの診断精度につき検討。pCLEにおいて癌と診断する所見はMiami分類にもとづき、造影効果に乏しい不規則な腺管構造を認めるもの(不整なdark glands)とした。

【結果】検討1:対象例のうち生検の組織量が十分と判断された除菌後胃癌50病変、非除菌例127病変において、生検診断困難例の頻度はそれぞれ26.0%(13/50)、1.6%(2/127)であり除菌後症例で有意に高かった(p<0.0001)。検討2:除菌後早期胃癌15病変中、生検診断困難例の頻度は33.3%(5/15)であった。一方、pCLE観察では全15病変において不整なdark glandsが観察され癌と診断し得た。【結論】除菌後早期胃癌の生検診断困難例において、pCLEは癌の診断に有用なデバイスである可能性が示唆された。これは表層より60~100um程度の層に焦点を有するというpCLEの原理上の特徴によるものと考えられた。

S2-7 ESDを施行したH. pylori未感染胃癌の検討

岐阜大学医学部 消化器病理学

○高田 淳、荒木 寛司、清水 雅仁

【目的・方法】H. pylori未感染胃に発生したH. pylori陰性早期胃癌について、その頻度や臨床病理組織学的特徴について、当院でESDを施行した症例からretrospectiveに検討した。【対象】2005年より2015年までの間に当科でESDを施行し、病理学的に早期胃癌と診断された928例中のH. pylori陰性(未感染)であった症例。H. pylori陰性の定義は、1除菌歴がなく、2内視鏡的に萎縮がなく、RACが陽性、3病理組織学的に炎症細胞診浸潤に乏しく、萎縮・腸上皮化生がないこと、4臨床的感染診断法を一つ以上施行し、陰性であることの1~4すべてを満たすものと定義した。【結果】7例が上記1~4すべてを満たし、H. pylori陰性胃癌と診断された。全体に占める割合は0.75%であった。7例の内訳は男性4例女性3例(男性57.1%)、年齢は55~73歳・平均65.4歳で、陽性胃癌(平均年齢71.6歳、男性76.7%)より女性比率が高く、平均年齢が低かった。診断時期でみると、前期2005~2008年1例、中期2009~2012年2例、後期2013年~2015年4例で増加傾向がみられた。組織型は7例中6例が分化型で全てtub1、1例が未分化型でsigであった。癌の発生部位はU領域が3例、M領域が4例で、全例UM領域に存在した。肉眼型は分化型で0-IIa型が4例、0-IIc+IIa型1例、0-IIc型が1例で、6例中5例で表面隆起を伴っていた。未分化型の1例は0-IIc型であった。腫瘍径の平均は24.7mmであった。深達度は分化型6例がすべてM癌、未分化型の1例がSM1であった。脈管侵襲は1例も認めなかった。【結論】H. pylori陰性早期胃癌の頻度は全体の1%未満であるが、増加傾向にある。UM領域、すなわち胃底腺領域に発生する表面隆起型の分化型癌が多いのが特徴であった。

S2-8 家族性大腸腺腫症(FAP)患者の胃癌の検討 -Post H. pylori時代に遺伝的要因が注目される可能性-

¹浜松医科大学 第一内科、²浜松医科大学 遺伝子診療部

○鈴木 聡¹、岩泉 守哉^{1,2}、杉本 健¹

【背景】家族性大腸腺腫症(FAP)は大腸に腺腫性ポリープが多発する遺伝性疾患であり、APC遺伝子変異の部位と臨床症状がある程度相関するといわれている。大腸外随伴病変としてデスマイド腫瘍、十二指腸腺腫および甲状腺線頭癌が臨床的に重要であるといわれているが、胃癌についての検討は比較的少ない。【目的】FAPと診断された発癌者のAPC遺伝子変異と表現型について、特に胃癌・胃腺腫を含めた大腸外病変の表現型についての検討。【方法】2005年8月から2016年3月までに当院で遺伝カウンセリングを受けたFAPの発癌者28例のうち、同意のもとAPC遺伝子検査が行われ変異が同定された16例につき、APC変異部位と表現型の特徴につき検討した。尚、胃癌・胃腺腫発症例についてはH. pylori感染の有無についてもretrospectiveに確認した。【結果】遺伝カウンセリングでの家族歴聴取において、4例でFAPの家族歴が認められなかった。大腸ポリポーシスは密生型が3例、非密生型が12例、attenuated typeが1例であり、密生型の2例、非密生型の7例、attenuated typeの1例で、それぞれ既報で典型的な部位でのAPC変異が認められた。大腸癌が認められた症例は7例(密生型3例、非密生型4例)であり、そのうち6例では遠位大腸に認められた。上部消化管内視鏡検査所見において、胃底腺ポリポーシスが11例に認められた。興味深いことに胃癌が認められた3例では、いずれも大腸ポリープの数は少ない傾向(非密生型2例、attenuated type1例)にあり、いずれも既報での胃底腺ポリポーシスに特徴的なAPC変異部位とは異なった部位に変異が認められた。また、さらに興味深いことに胃癌・胃腺腫発症例の4例はいずれもH. pylori感染診断では陰性であった。【結論】FAPの胃癌発症はH. pylori感染がなくても発症する。H. pylori感染という環境要因が克服されるに伴い、遺伝的要因が強く、時間的に若年発症の胃癌発症例がクローズアップされる可能性があると考えられ、家族歴の聴取をはじめとした遺伝診療が日常診療で重要になるとと思われる。

S2-9 当院におけるH. pylori陰性胃MALTリンパ腫の臨床病理学的特徴

愛知県がんセンター中央病院 内視鏡部

○鈴木 博貴、田近 正洋、丹羽 康正

【背景】胃MALTリンパ腫の約9割は、H. pylori感染による慢性胃炎がその発生、増殖に深く関与している。そして、除菌療法により多くは寛解に至ることが明らかとされており、現在、胃MALTリンパ腫の一次治療は臨床病期によらず除菌療法となっている。一方、H. pylori陽性慢性胃炎に対して除菌療法が保険適用となり、今後はH. pylori陰性胃MALTリンパ腫への対応が重要であると考えられる。【目的】H. pylori陰性胃MALTリンパ腫の臨床病理学的特徴を明らかにする。【方法】対象は1993年11月から2015年3月まで当院で経験し、1年以上の経過が追えたH. pylori陰性胃MALTリンパ腫47例(A群)で、同期間に経験したH. pylori陽性例110例(B群)を対照として比較検討した。【結果】平均年齢A:57.5歳、B:57.6歳、性別(男/女)A:26/21、B:47/63、占拠部位(UM/L/多発)は、A:10/10/27、B:31/53/26でA群では多発が多くみられた(p<0.001)。内視鏡所見(びらん/潰瘍/早期胃癌類似/褪色調粘膜/Cobblestone粘膜/粘膜炎様隆起/その他)はA:1/5/13/7/11/8/2、B:19/11/25/31/11/8/5/A群ではびらんが少なかった(p<0.001)。臨床病期(I/II/III/IV)は、A:37/3/2/5、B:96/5/0/9と差はなかった。染色体転座API2-MALT1(陽性/陰性)は、A:27/20、B:13/97でA群に陽性が多かった(p<0.001)。A群では、29例(61.7%)に除菌療法を行い、うち3例(6.3%)で寛解を認めた。その他の一次治療として、化学療法2例、化学放射線療法1例、放射線療法10例、外科手術1例、Watch and waitを選択したものが4例あった。除菌無効の26例では、二次治療として放射線療法11例、化学療法5例選択され、全例CRであった。Watch and waitを選択したものが10例あり、その中で経過中にCRに到達した症例3例、SD7例だった。【考察および結論】H. pylori陰性胃MALTリンパ腫は、H. pylori陽性と比すると病変は多発、API2-MALT1陽性が多かった。治療は、多くが除菌療法に抵抗性であったが、二次治療にはよく反応した。しかし、中にはWatch and waitを選択し、CRやSDを維持している症例も存在することから、効果判定の方法や時期に課題が残ると考えられ、安易な二次治療への移行は慎重が必要があるかもしれない。

S2-10 H. pylori陰性時代に注目されるA型胃炎の検討

藤枝市立総合病院

○丸山 保彦、景岡 正信、大島 昭彦

(はじめに)A型胃炎は逆萎縮を特徴とする自己免疫性胃炎であり、H. pylori(HP)感染性胃炎が減少してゆく中で今後注目されてゆくと予

想される。(対象と検討項目) 当院で経験したA型胃炎症例21例を対象とした。今回の検討ではA型胃炎の診断は内視鏡で逆萎縮傾向を認め、抗壁細胞抗体もしくは内因子抗体が陽性、かつ高ガストリン血症を示すものとした。臨床・血液所見、内視鏡所見、HP感染について検討した。(結果) A型胃炎は男性5例、女性16例で、平均63.0±12.0歳で、中高年女性に多く、既往を含む甲状腺疾患合併患者は3例存在した。ガストリン値の平均は2612±1703pg/mlで最低値は383pg/mlであった。悪性貧血は4例に、鉄欠乏性貧血は2例に認めた。当地区では2013年よりABCリスク検診を実施しているが、D群から発見された症例は7例、C群からは1例であった。PG I、IIの平均はそれぞれ9.7±8.7 ng/ml、12.1±7.0ng/mlでI/II比は0.8±0.3でPG I、I/II比が著明に低値であった。HP感染に関しては抗体、UBTのいずれかが陽性となったのは6例(うち抗体陰性高値例は1例)で、既感染と考えられるUBT陰性抗体陰性高値は2例であった。抗体3未満でUBT陽性の2例では便中抗原は陰性であった。内視鏡所見ではNETは1例に、過形成性ポリープは8例に認めたが、癌の合併症例はなかった。長期経過例では進行度により様々な内視鏡所見が観察された。逆萎縮の体部所見では通常観察と拡大NBI観察では萎縮の評価に乖離が見られた。また前庭部所見では幽門腺が幽門輪近くに局限している症例や胆汁逆流で腸上皮化生を伴っている症例もあり非典型的な逆萎縮所見を示す症例が存在した。(結論) A型胃炎は進行具合により様々な血液所見や内視鏡所見を呈し、逆萎縮所見の診断が困難な症例もある。HP感染診断の検査方法による不一致例ではUBTのみが陽性であり、低酸によるピロリ菌以外のウレアーゼ産菌が増殖している可能性も考えられる。今後A型胃炎の診断の目安となる基準が必要である。

S2-11 Helicobacter pylori negative refractory gastric antral ulcer

藤枝市立総合病院 消化器内科

○寺井 智宏、丸山 保彦、景岡 正信

【目的】胃潰瘍の主たる原因であるヘリコバクターの感染が減少し、NSAID、抗血小板剤、抗凝固剤による出血性潰瘍の頻度が近年増加している。一方で頻度は低いもののこれら因子の関与しない治療に難渋する潰瘍も存在する。ヘリコバクターピロリ陰性の胃前庭部の易再発性難治性潰瘍に注目し報告する。【対象】2012年から2015年3月に当施設で内視鏡検査を受けた症例で、8週間以上のPPI内服にも関わらず癒痕化しない難治性潰瘍(ESD症例を除く)のうち、前庭部で特徴的な形態をもつ11症例(男性5例、女性6例、平均年齢67.8歳(47-80歳)、平均観察期間3.4年(1年-9年3ヵ月))を対象とした。各症例のHelicobacter pylori感染の有無、逆流性食道炎合併の有無、PPIの投与期間、血清ガストリン値、併用薬、潰瘍形成部位と形態的な特徴につき検討した。【結果】症例は全例で背景胃粘膜萎縮なく血清HP抗体陰性(3.0U/ml未満)であった。PPI連続投与期間は2ヶ月から65ヶ月間で、空腹時の平均血清ガストリンはPPI投与前後でそれぞれ103.8pg/ml、298.2pg/mlであった。併用薬はNSAIDが1例、ステロイドが1例で、併用症例では一時的な使用のみであった。これらの潰瘍の形態は幽門前庭部に周囲がSMT様に隆起し、びらんが多発し輪状に配列する傾向があった。潰瘍再発部位は多くが6時方向を中心に潰瘍を生じていた。いずれの症例でも内視鏡観察時には同部の蠕動が非常に強く、潰瘍再発には強い蠕動も関与していると推測された。また前庭部潰瘍の再発とともに逆流性食道炎の悪化が併存した症例が11例中4例でみられ、過酸状態が示唆された。【結語】難治性胃潰瘍のリスクとして従来よりカンジダ、CMV感染、悪性リンパ腫、HD患者等が知られているが、今回取り上げた難治性潰瘍症例にはこの様なリスクを持つものは存在しなかった。特有の形態を持ち幽門前庭部大彎に好発する局在性があり、また潰瘍再発時に逆流性食道炎悪化が半数弱にみられたことから、難治の原因として過酸状態であること他に、胃運動が亢進し大腸のMPS類似、相対的虚血等の病態が関与している可能性が推測される。

一般演題 プログラム

お断わり：原則的に講演者が入力したデータをそのまま掲載しておりますので、一部に施設名・演者名・用語等の表記不統一がございます。あらかじめご了承ください。

一般演題

第3会場

09:00～09:35 胃・十二指腸①

座長 愛知医科大学 消化管内科 舟木 康

01 当院におけるポノプラザンによる H. pylori 除菌療法の検討

若手（研修医） JA 愛知厚生連 渥美病院

○堀口 裕貴、長谷 智、吉田 昌弘、山本 富美子、富永 雄一郎、
植月 有希子

02 CYP2C19 遺伝子多型に関連した esomeprazole と vonoprazan の効果比較

¹浜松医科大学 内科学第一講座、²浜松医科大学 臨床腫瘍学講座、

³浜松医科大学 光学医療診療部、⁴浜松医科大学 臨床研究管理センター

○鏡 卓馬¹、佐原 秀¹、市川 仁美¹、魚谷 貴洋¹、山出 美穂子¹、濱屋 寧²、
岩泉 守哉¹、大澤 恵³、杉本 健¹、宮嶋 裕明¹、古田 隆久⁴

03 粘膜下腫瘍様形態を呈し ESD にて切除した胃 inflammatory fibroid polyp の1例

¹岐阜赤十字病院 消化器内科、²木沢記念病院 病理診断センター

○杉江 岳彦¹、高橋 裕司¹、鷺見 聡子¹、小川 憲吾¹、松下 知路¹、名倉 一夫¹、
山田 鉄也²

04 EUS-FNA にて術前診断が可能であった若年女性に発症した稀な胃粘膜下腫瘍の1例

岐阜大学 第一内科

○吉田 健作、奥野 充、丸田 明範、上村 真也、今井 健二、岩下 拓司、末次 淳、
高井 光治、木 亮、清水 雅仁

05 消化管濾胞性リンパ腫の1例

若手（専修医） 豊橋市民病院 消化器内科

○松田 宜賢、山本 英子、浦野 文博、藤田 基和、内藤 岳人、山田 雅弘、
松原 浩、植月 康太、片岡 邦夫、木下 雄貴、飛田 恵美子、南 喜之、
山本 崇文

06 胃 NET と術前診断した乳癌術後15年後に発症した異時性胃転移の1例

若手（専修医）¹安城更生病院 外科、²安城更生病院 消化器内科

○斎藤 麻予¹、平松 聖史¹、後藤 秀成¹、関 崇¹、陸 大輔¹、鈴木 優美¹、
竹内 真実子²、新井 利幸¹

07 EB ウイルス関連リンパ球浸潤癌と考えられた早期胃癌の一例

若手（専修医）¹聖隷浜松病院 消化器内科、²聖隷浜松病院 消化器外科、

³聖隷浜松病院 病理診断科

○杉浦 喜一¹、細田 佳佐¹、井上 照彬¹、宮津 隆裕¹、海野 修平¹、
瀧浪 将貴¹、小林 陽介¹、木全 政晴¹、芳澤 社¹、室久 剛¹、
熊岡 浩子¹、清水 恵理奈¹、長澤 正通¹、佐藤 嘉彦¹、鈴木 一史²、
新井 義文³

08 3年間の経過を観察した粘膜下腫瘍様の形態を呈する Epstein-Barr Virus 関連胃癌の1例

¹浜松医療センター 消化器内科、²浜松医療センター 消化器外科

○栗山 茂¹、花岡 智彦¹、山田 景子¹、浅井 雄介¹、木次 健介¹、
高鳥 真吾¹、松浦 愛¹、住吉 信一¹、岩岡 泰志¹、吉井 重人¹、
影山 富士人¹、川田 三四郎²、西脇 由朗²、金岡 繁¹

09 部分的に胎児消化管上皮類似癌様成分を伴った早期胃癌の一例

若手（専修医）¹浜松医科大学 第一内科、²浜松医科大学 光学医療診療部、

³浜松医科大学 臨床研究管理センター

○芹澤 亜紗美¹、高垣 航輔¹、大澤 恵²、鈴木 崇弘¹、杉山 智洋¹、
田村 智¹、岩泉 守哉¹、濱屋 寧¹、古田 隆久³、杉本 健¹

10 切除可能であった食道、胃、大腸の同時性3重複癌の一例

若手（研修医）刈谷豊田総合病院 内科

○近藤 祐市、坂巻 慶一、濱島 英司、中江 康之、仲島 さより、久野 剛史、
三浦 眞之祐、大橋 彩子、鈴木 孝弘、池上 脩二、大脇 政志、溝上 雅也、
恒川 卓也、山本 怜、井本 正巳、伊藤 誠

10:10～10:45 胃・十二指腸③

座長 静岡県立総合病院 消化器センター 消化管内科 大野 和也

- 11 病的肥満症に対してBIB systemによる内視鏡治療を施行した4例
名古屋徳洲会総合病院 消化器内視鏡治療センター
○今神 透、高山 悟、林 祐一、坂本 雅樹
- 12 内視鏡的胃瘻造設時に噴門部裂創を生じ、輸血を行なった一例
焼津市立総合病院 消化器内科
○小平 誠、山形 真基、渡邊 幸弘、寺澤 康之、佐野 宗孝
- 13 繰り返す特発性胃短軸捻転に対し治療的PEG(内視鏡的胃瘻造設術)が奏功した一例
JA 静岡厚生連遠州病院 消化器内科
○西野 眞史、高橋 悟、松下 直哉、高垣 航輔、竹内 靖男、白井 直人、
梶村 昌良
- 14 反復する胃軸捻転に対し、鮎田式胃壁固定を併用した経皮内視鏡的胃瘻造設術
(PEG) 施行した1例
磐田市立総合病院 消化器内科
○松浦 友春、犬飼 政美、齋田 康彦、笹田 雄三、高橋 百合美、山田 貴教、
辻 敦、伊藤 静乃、間瀬 裕行、大庭 行正、尾上 峻也
- 15 胃瘻カテーテルとS状結腸癌のステント留置中に胃気腫症を併発した一例
若手(専修医) 名古屋記念病院
○杉浦 幸、村上 賢治、長谷川 俊之、中舘 功、伊藤 亜夜、吉井 幸子、
林田 真由子、河辺 健太郎、天池 真名美、鈴木 重行

16 検診で発見された胃心アミロイドーシスの一例

若手（専修医） 静岡市立静岡病院 消化器内科

○奥村 大志、河合 歩、鈴木 博貴、近藤 貴浩、黒石 健吾、濱村 啓介、
田中 俊夫、小柳津 竜樹

17 当院における上部消化管出血と抗血栓薬に関する検討

若手（専修医） 浜松医療センター 消化器内科

○浅井 雄介、栗山 茂、山田 景子、木次 健介、高鳥 真吾、伊藤 潤、
松浦 愛、住吉 信一、岩岡 泰志、吉井 重人、影山 富士人、金岡 繁

18 メタリックステントにより経口摂取が保たれた十二指腸癌の一例

¹焼津市立総合病院 消化器内科、²焼津市立総合病院 病理科

○小平 誠¹、佐野 宗孝¹、寺澤 康之¹、渡邊 幸弘¹、山形 真碁¹、久力 権²

19 内視鏡的切除を行った十二指腸孤立性 Peutz - Jeghers 型ポリープの2例

¹三重大学医学部附属病院 消化器・肝臓内科、

²三重大学医学部附属病院 光学医療診療部

○原田 哲朗¹、葛原 正樹²、作野 隆¹、吉澤 尚彦¹、北出 卓²、田野 俊介²、
山田 玲子¹、中村 美咲¹、濱田 康彦²、井上 宏之¹、田中 匡介²、堀木 紀行²、
竹井 謙之¹

20 CA による硬化療法にて止血しえるも、心筋梗塞を合併し死亡した十二指腸静脈瘤破裂の1剖検例

若手（専修医） ¹木沢記念病院 消化器科、²木沢記念病院 病理診断科

○森 弘輔¹、足達 広和¹、前田 俊英¹、水谷 しの¹、加藤 潤一¹、
安田 陽一¹、杉山 宏¹、杉山 誠治²、松永 研二²、山田 鉄也²

21 黒色吐物にて発見された認知症を有する高齢者における急性壊死性食道炎の1例
若手（専修医） 順天堂大学医学部附属静岡病院 消化器内科

○佐藤 祥、嶋田 裕慈、成田 諭隆、金光 芳生、佐藤 俊輔、甘楽 裕徳、
村田 礼人、天野 希、玄田 拓哉、飯島 克順、永原 章仁

22 内服開始後3年後に診断された無症候性のダビガトラン起因性剥離性食道炎の1例
若手（研修医） 磐田市立総合病院 消化器内科

○乾 航、松浦 友春、犬飼 政美、齋田 康彦、笹田 雄三、高橋 百合美、
山田 貴教、辻 敦、伊藤 静乃、間渕 裕行、大庭 行正、尾上 峻也

23 縦隔炎を契機に発見された食道アニサキス症の1例
若手（専修医） 磐田市立総合病院 消化器内科

○尾上 峻也、山田 貴教、大庭 行正、間渕 裕行、松浦 友春、伊藤 静乃、
辻 敦、高橋 百合美、笹田 雄三、齋田 康彦、犬飼 政美

24 NBI 拡大観察が食道上皮下進展診断に有用であった食道胃接合部癌の一例

¹国家公務員共済組合連合会東海病院 内科、²松坂クリニック、

³名古屋大学大学院医学系研究科 消化器内科学

○山田 健太¹、田中 達也¹、濱宇津 吉隆¹、北村 雅一¹、石川 英樹¹、丸田 真也¹、
鈴木 洋介²、浅井 裕充³、宮原 良二³

14:28~15:10 小腸

座長 名古屋大学大学院医学系研究科 消化器内科学 中村 正直

25 止血処置で行ったクリッピングにて穿通するも保存的に治療しえた輸入脚
angiectasia の1例

若手(研修医) 木沢記念病院 消化器科

○千住 明彦、足達 広和、水谷 しの、前田 俊英、森 弘輔、加藤 潤一、
安田 陽一、杉山 宏

26 イレウスにて発症し内視鏡的摘除にて軽快した小腸アニサキス症の一例

朝日大学歯学部附属村上記念病院 消化器内科

○富江 晃、中畑 由紀、北江 博晃、福田 信宏、大島 靖広、大洞 昭博、小島 孝雄、
八木 信明

27 術後14年目に再発した小腸カルチノイドの一例

若手(研修医) 岐阜市民病院 消化器内科

○三輪 貴生、杉山 昭彦、宇野 由佳里、手塚 隆一、小島 健太郎、松浦 加奈、
水谷 拓、河口 順二、鈴木 祐介、小木曾 富生、川出 尚史、向井 強、
林 秀樹、西垣 洋一、加藤 則廣、富田 栄一

28 腸重積をきたした回腸異所性腺の1切除例

若手(専修医) ¹松阪中央総合病院 外科、

²三重大学医学部附属病院 消化器・肝臓内科

○阪本 達也¹、田端 正己¹、藤村 侑¹、前田 光貴¹、大澤 一郎¹、加藤 憲治¹、
岩田 真¹、三田 孝行¹、作野 隆²、原田 哲朗²、中村 美咲²、濱田 康彦²、
葛原 正樹²

29 診断に難渋した高齢発症小腸型クローン病の一例

聖隷浜松病院

○細田 佳佐、井上 照彬、杉浦 喜一、宮津 隆裕、海野 修平、瀧浪 将貴、小林 陽介、
木全 政晴、芳澤 社、室久 剛、熊岡 浩子、清水 恵理奈、長澤 正通、佐藤 嘉彦、
小林 靖幸、大月 寛郎

30 アダリムマブの投与期間短縮の効果ー当院におけるクローン病症例での検討

¹名古屋大学大学院医学系研究科 消化器内科学、

²名古屋大学医学部附属病院 光学医療診療部

○丹羽 慶樹¹、渡辺 修¹、中村 正直¹、山村 健史²、松下 正伸¹、中野 有泰¹、
大島 啓嗣¹、佐藤 淳一¹、齋藤 雅之¹、松浦 倫三郎¹、水谷 泰之¹、
澤田 つな騎¹、石川 恵里¹、船坂 好平¹、大野 栄三郎¹、宮原 良二¹、川嶋 啓揮¹、
廣岡 芳樹²、後藤 秀実¹

31 消化管カルチノイドを契機に診断された多発性神経内分泌腫瘍症1型の1例

若手（専修医）¹刈谷豊田総合病院 内科、²刈谷豊田総合病院 病理診断科

○池上 脩二¹、坂巻 慶一¹、濱島 英司¹、中江 康之¹、仲島 さより¹、
久野 剛史¹、三浦 眞之祐¹、大橋 彩子¹、鈴木 孝弘¹、大脇 政志¹、
溝上 雅也¹、恒川 卓也¹、山本 怜¹、伊藤 誠²

32 門脈血栓症の2例

刈谷豊田総合病院 内科

○鈴木 孝弘、仲島 さより、浜島 英司、中江 康之、坂巻 慶一、久野 剛史、
三浦 眞之祐、大橋 彩子、池上 脩二、大脇 政志、溝上 雅也、恒川 卓也、
山本 怜

33 食道亜全摘 + 胸壁前有茎空腸再建の半年後にイレウスを呈した心嚢内ヘルニアの一例

若手（専修医） 愛知医科大学 消化器外科

○安井 講平、佐野 力、宮地 正彦、大橋 紀文、齋藤 卓也、松村 卓樹

34 多発胃潰瘍を伴う食思不振の精査で ACTH 単独欠損症の診断に至った一例

刈谷豊田総合病院 消化器内科

○大橋 彩子、坂巻 慶一、浜島 英司、中江 康之、仲島 さより、久野 剛史、
三浦 眞之祐、鈴木 孝弘、池上 脩二、大脇 政志、溝上 雅也、恒川 卓也、
山本 怜、井本 正巳

35 ネフローゼ症候群を合併した腹膜中皮腫の1例

若手（専修医）¹名古屋市立西部医療センター 消化器内科、

²名古屋市立西部医療センター 腎臓・透析内科

○山東 元樹¹、遠藤 正嗣¹、菅 憲広²、田中 翔¹、寺島 明里¹、中西 和久¹、
尾関 智紀¹、西垣 信宏¹、山下 宏章¹、小島 尚代¹、平野 敦之¹、
木村 吉秀¹、土田 研司¹、妹尾 恭司¹

36 当院で化学療法を施行した腹膜悪性中皮腫の3症例

若手（専修医） 豊川市民病院 消化器内科

○小林 由花、宮木 知克、大山 展、神野 成臣、百瀬 淳子、柴田 俊輔、
藤岡 一敏、名倉 義人、的屋 奨、中村 誠

一般演題

第4会場

09:00～09:42 大腸①

座長 浜松医療センター 消化器内科 岩岡 泰志

37 直腸カルチノイドを合併したクローン病の一例

¹三重大学医学部 消化器・肝臓内科、²三重大学医学部 光学医療診療部

○三浦 浩嗣¹、中村 美咲¹、作野 隆¹、原田 哲朗¹、葛原 正樹¹、濱田 康彦¹、
田中 匡介²、堀木 紀行²、竹井 謙之¹

38 潰瘍性大腸炎に合併した悪性リンパ腫の1例

若手（専修医） 豊橋市民病院 消化器内科

○南 喜之、山本 英子、浦野 文博、藤田 基和、内藤 岳人、山田 雅弘、
松原 浩、植月 康太、木下 雄貴、片岡 邦夫、飛田 恵美子、山本 和弘、
山本 崇文、松田 宜賢、岡村 正造

39 盲腸 MALT リンパ腫の1例

若手（専修医） ¹安城更生病院 外科、²安城更生病院 消化器内科

○余語 孝乃助¹、平松 聖史¹、後藤 秀成¹、関 崇¹、陸 大輔¹、鈴木 優美¹、
竹内 真美子²、新井 利幸¹

40 便潜血検査陽性を契機に診断したマントル細胞リンパ腫の一例

¹浜松医科大学 臨床腫瘍学講座、²浜松医科大学 第一内科、

³浜松医科大学 臨床研究管理センター、⁴浜松医科大学 光学医療診療部

○濱屋 寧¹、鈴木 崇弘²、田村 智²、杉山 智洋²、高野 亮佑²、鏡 卓馬²、
森 泰希²、鈴木 聡²、市川 仁美²、谷 伸也²、佐原 秀²、大石 慎司²、岩泉 守哉²、
高垣 航輔²、大澤 恵⁴、古田 隆久³、杉本 健²

41 回結腸間膜脂肪肉腫の1例

豊橋市民病院 消化器内科

○植月 康太、山田 雅弘、浦野 文博、藤田 基和、内藤 岳人、山本 英子、松原 浩、
片岡 邦夫、木下 雄貴、飛田 恵美子、山本 和弘、松田 宜賢、南 喜之、山本 崇文、
岡村 正造

42 GIST と鑑別が困難であった下行結腸の神経鞘腫の一例

聖隷浜松病院 消化器内科

○木全 政晴、芳澤 社、杉浦 喜一、井上 照彬、宮津 隆裕、海野 修平、瀧浪 将貴、
小林 陽介、室久 剛、清水 恵理奈、熊岡 浩子、細田 佳佐、長澤 正通、
佐藤 嘉彦

09:42~10:24 大腸②

座長 名古屋市立大学大学院医学研究科 消化器・代謝内科学 溝下 勤

43 輪状潰瘍を呈した虚血性大腸炎の一例

¹焼津市立総合病院 消化器内科、²焼津市立総合病院 病理科

○小平 誠¹、山形 真碁¹、渡邊 幸弘¹、寺澤 康之¹、佐野 宗孝¹、久力 権²

44 S状結腸癌術後の19年目に発症した吻合部虚血性腸炎の1例

若手（研修医） 岐阜市民病院 消化器内科

○宇野 由佳里、三輪 貴生、手塚 隆一、小島 健太郎、松浦 加奈、水谷 拓、
河口 順二、鈴木 祐介、小木曾 富生、川出 尚史、林 秀樹、向井 強、
杉山 昭彦、西垣 洋一、加藤 則廣、富田 栄一

45 短期間で進行癌として発見された大腸低分化腺癌の2例

¹三重大学医学部附属病院 消化器・肝臓内科、

²三重大学医学部附属病院 光学医療診療部

○作野 隆¹、濱田 康彦²、原田 哲朗¹、中村 美咲¹、葛原 正樹²、田中 匡介²、
堀木 紀行²、吉澤 尚彦¹、北出 卓²、田野 俊介²、山田 玲子¹、井上 宏之¹、
竹井 謙之¹

46 ブラシ細胞診にて診断し得た全周性狭窄を有する上行結腸癌の一例

富士宮市立病院 内科

○石田 夏樹、井上 照彬、兼子 直也、樋口 友洋、加藤 雅一、森 雅史

47 画像的な経過を後ろ向きに検討可能であった虫垂嚢胞粘液腺癌の1例

若手（研修医） JA 愛知厚生連豊田厚生病院

○田中 かずみ、喜田 裕一、岩下 紘一、伊藤 裕也、竹内 敦史、森田 清、
都築 智之、西村 大作、世古口 英、久留宮 康浩

48 当科における閉塞性大腸癌の短期成績およびカテゴリー別治療戦略

若手（専修医） 岐阜大学 腫瘍外科

○篠田 智仁、松橋 延寿、高橋 孝夫、加藤 順子、佐々木 義之、今井 寿、
田中 善宏、奥村 直樹、山口 和也、長田 真二、吉田 和弘

- 49 潰瘍性大腸炎の経過中に肺血栓症を合併した1例
 焼津市立総合病院 消化器内科
 ○山形 真碁、渡邊 幸弘、佐野 宗孝、寺澤 康之、小平 誠
- 50 mesalazine による薬剤性肺炎を併発した潰瘍性大腸炎の1例
 浜松医療センター 消化器内科
 ○岩岡 泰志、山田 景子、浅井 雄介、木次 健介、高鳥 真吾、伊藤 潤、松浦 愛、
 栗山 茂、住吉 信一、吉井 重人、影山 富士人、金岡 繁
- 51 病原性大腸菌感染を合併した高齢発症潰瘍性大腸炎の一例
 岐阜赤十字病院 消化器内科
 ○小川 憲吾、高橋 裕司、鷺見 聡子、杉江 岳彦、松下 知路、名倉 一夫
- 52 臨床的改善持続中発症6年で colitic cancer が発生した潰瘍性大腸炎の1例
 名古屋市立大学大学院医学研究科 消化器・代謝内科学
 ○谷田 諭史、溝下 勤、尾関 啓司、片野 敬仁、林 則之、西江 裕忠、稲垣 佑祐、
 志村 貴也、久保田 英嗣、森 義徳、片岡 洋望、城 卓志
- 53 難治性 Clostridium difficile 感染症に対する糞便微生物移植療法 (fecal microbiota transplantation) の著効した2例
¹名古屋大学大学院医学系研究科 消化器内科学、
²名古屋大学医学部附属病院 光学医療診療部
 ○松下 正伸¹、渡辺 修¹、中村 正直¹、山村 健史²、中野 有泰¹、大島 啓嗣¹、
 佐藤 淳一¹、齋藤 雅之¹、松浦 倫三郎¹、水谷 泰之¹、澤田 つな騎¹、
 丹羽 慶樹¹、石川 恵理¹、船坂 好平¹、大野 栄三郎¹、川嶋 啓揮¹、宮原 良二¹、
 廣岡 芳樹²、後藤 秀実¹
- 54 当院における糞便移植療法の安全性
 藤田保健衛生大学 消化管内科
 ○宮田 雅弘、河村 知彦、堀口 徳之、大森 崇史、前田 晃平、城代 康貴、
 生野 浩和、小村 成臣、大久保 正明、中野 尚子、鎌野 俊彰、石塚 隆充、
 田原 智満、長坂 光夫、中川 義仁、柴田 知行、大宮 直木

55 潰瘍性大腸炎に対する腹腔鏡下大腸全摘術における当科の工夫と治療成績

名古屋大学大学院医学系研究科 消化器外科学

○中山 吾郎、服部 憲史、江坂 大輔、田中 千恵、小林 大介、岩田 直樹、林 真路、
神田 光郎、山田 豪、杉本 博行、小池 聖彦、藤原 道隆、藤井 努、小寺 泰弘

56 度重なる穿孔を繰り返し治療に難渋した大腸型クローン病の1例

若手（専修医）¹岐阜大学 腫瘍外科、²岐阜大学 形成外科

○土屋 博¹、松橋 延壽¹、高橋 孝夫¹、棚橋 利行¹、松井 聡¹、今井 壽¹、
田中 善宏¹、山口 和也¹、長田 真二¹、吉田 和弘¹、加藤 久和²、
神山 圭史²

57 術前 CT 検査で診断可能であった特発性大網捻転症の2例

若手（専修医）¹春日井市民病院 消化器科、²春日井市民病院 内視鏡センター

○隈井 大介¹、平田 慶和¹、岡山 幸平¹、山本 友輝¹、小島 悠揮¹、
松本 朋子¹、管野 琢也¹、木村 幹俊¹、奥田 悠介¹、羽根田 賢一¹、
池内 寛和¹、森川 友裕¹、望月 寿人²、高田 博樹²、祖父江 聡¹

58 全身性アミロイドーシスの患者に発生した直腸腸管気腫症・後腹膜気腫症の1例

若手（研修医）¹安城更生病院 外科、²安城更生病院 消化器内科

○鈴木 貴也¹、平松 聖史¹、後藤 秀成¹、関 崇¹、陸 大輔¹、鈴木 優美¹、
竹内 真実子²、新井 利幸¹

59 腸管重複症の1例

¹浜松医療センター 消化器内科、²浜松医療センター 消化器外科

○松浦 愛¹、花岡 智彦¹、山田 景子¹、浅井 雄介¹、木次 健介¹、高鳥 真吾¹、
伊藤 潤¹、栗山 茂¹、住吉 信一¹、岩岡 泰志¹、吉井 重人¹、影山 富士人¹、
大菊 正人²、西脇 由朗²、金岡 繁¹

60 成人盲腸重複症の一例

¹磐田市立総合病院 消化器外科・外科、²磐田市立総合病院 消化器内科

○深澤 貴子¹、宇野 彰晋¹、遠藤 佑介¹、清水 雄嗣¹、曾根田 亘¹、飯野 一郎太¹、
鈴木 淳司¹、神藤 修¹、稲葉 圭介¹、松本 圭五¹、落合 秀人¹、鈴木 昌八¹、
山田 貴教²

- 61 腹部超音波検査にて経時的に形状変化を観察し得た早期胆嚢癌の3例
¹朝日大学村上記念病院 消化器内科、²朝日大学村上記念病院 総合健診センター
○中畑 由紀¹、大洞 昭博¹、小島 孝雄^{1,2}、北江 博晃¹、富江 晃¹、大島 靖広¹、
八木 信明¹
- 62 胆管印環細胞癌の一例
若手(専修医) ¹静岡市立静岡病院 消化器内科、²静岡市立静岡病院 消化器外科
○杉本 崇宰¹、藤本 康弘²、河合 歩¹、奥村 大志¹、堀谷 俊介¹、
鈴木 博貴¹、近藤 貴浩¹、黒石 健吾¹、星野 勝一¹、濱村 啓介¹、
高橋 好朗¹、田中 俊夫¹、高柳 智保²、小柳津 竜樹¹
- 63 肝門部領域胆管癌術後の肺転移・異時性遠位胆管癌に対して手術を施行し長期生存中の1例
名古屋大学医学部附属病院 腫瘍外科
○篠原 健太郎、江畑 智希、横山 幸浩、國料 俊男、伊神 剛、菅原 元、水野 隆史、
山口 淳平、椰野 正人
- 64 LAP Mentor™ 腹腔鏡下胆嚢摘出術モジュールの有用性の検討
名古屋大学大学院医学系研究科 消化器外科学
○江坂 和太、藤原 道隆、高見 秀樹、神田 光郎、岩田 直樹、林 真路、田中 千恵、
小林 大介、山田 豪、藤井 努、中山 吾郎、杉本 博行、小池 聖彦、小寺 泰弘

65 転移性胆嚢腫瘍の2例

¹名古屋大学大学院医学系研究科 消化器内科学

²名古屋大学医学部附属病院 光学医療診療部

○小屋 敏也¹、廣岡 芳樹²、川嶋 啓揮¹、大野 栄三郎¹、林 大樹朗¹、桑原 崇通¹、
森島 大雅¹、河合 学¹、須原 寛樹¹、竹山 友章¹、橋詰 清孝¹、山村 健史²、
船坂 好平¹、中村 正直¹、宮原 良二¹、渡辺 修¹、後藤 秀実¹

66 健診が発見契機となったIPNBの一例

若手（専修医） 大同病院 消化器内科

○倉下 貴光、金沢 哲広、水野 創太、柳瀬 成希、南 正史、大北 宗由、
宜保 憲明、西川 貴広、榊原 聡介、下郷 友弥、野々垣 浩二、印牧 直人

67 高齢者に強い腹痛を伴ったセフトリアキソンNa（CTRX）投与による偽胆石の一例

若手（専修医） 浜松医療センター 消化器内科

○山田 景子、浅井 雄介、木次 健介、高鳥 真吾、伊藤 潤、松浦 愛、
栗山 茂、住吉 信一、岩岡 泰志、吉井 重人、影山 富士人、金岡 繁

68 自己免疫性硬化性胆管炎の経過中に特発性血小板減少性紫斑病を合併した1例

若手（研修医） JA 愛知厚生連豊田厚生病院 消化器内科

○松葉 朋彦、伊藤 裕也、喜田 裕一、岩下 紘一、竹内 淳史、森田 清、
都築 智之、西村 大作

一般演題

第5会場

09:30～09:58 膵①

座長 名古屋大学大学院医学系研究科 消化器内科学 川嶋 啓揮

69 膵上皮内癌の1例

若手（専修医） 静岡県立総合病院 肝胆膵内科

○増井 雄一、菊山 正隆、川口 真矢、白根 尚文、寺田 修三、川合 麻実、
榎田 浩平、青山 春奈、佐藤 辰宣、青山 弘幸、大津 卓也

70 持続型 G-CSF 製剤を使用し FOLFIRINOX 療法を約2年間継続できている切除不能
進行膵癌の1例

名古屋共立病院 消化器化学療法科

○栗本 拓也

71 外科的切除が得られた groove 膵癌の1例

¹浜松医科大学 内科学第2講座 肝臓内科、²浜松医科大学 外科学第2講座 肝胆膵外科

○松永 英里香¹、長澤 真帆¹、伊藤 潤¹、太田 和義¹、下山 真¹、山崎 哲¹、
千田 剛士¹、則武 秀尚¹、川田 一仁¹、古橋 暁²、柴崎 泰²、森田 剛文²、
坂口 孝宣²、小林 良正¹

72 膵腺扁平上皮癌に対して nab-paclitaxel+gemcitabine を投与した一剖検例

豊橋市民病院 消化器内科

○片岡 邦夫、松原 浩、浦野 文博、藤田 基和、内藤 岳人、山田 雅弘、山本 英子、
植月 康太、木下 雄貴、飛田 恵美子、山本 和弘、松田 宜賢、南 喜之、山本 崇文、
岡村 正造

73 多発膵神経内分泌腫瘍の1例

若手（専修医） 静岡県立総合病院

○大津 卓也、菊山 正隆、川口 真矢、白根 尚文、寺田 修三、川合 麻美、
榎田 浩平、青山 春奈、大島 典彦、増井 雄一、佐藤 辰宣、青山 弘幸

74 主膵管拡張を契機に発見された PNET の一例

豊橋市民病院 消化器内科

○山本 和弘、松原 浩、浦野 文博、藤田 基和、内藤 岳人、山田 雅弘、山本 英子、
植月 康太、片岡 邦夫、木下 雄貴、飛田 恵美子、松田 宜賢、南 喜之、
山本 崇文

75 高齢発症の solid pseudopapillary neoplasm (SPN) の1例

静岡市立清水病院消化器内科

○小池 弘太、窪田 裕幸、高柳 泰宏、池田 誉、宇於崎 宏城

76 低血糖症状を契機に発見され、EUS-FNA で診断した膵頭部 SPN (solid-pseudopapillary neoplasm) の一例

¹聖隷浜松病院 消化器内科、²聖隷浜松病院 肝胆膵外科

○海野 修平¹、芳澤 社¹、井上 照彬¹、杉浦 喜一¹、宮津 隆裕¹、瀧浪 将貴¹、
小林 陽介¹、木全 政晴¹、室久 剛¹、熊岡 浩子¹、清水 恵理奈¹、細田 佳佐¹、
長澤 正通¹、佐藤 嘉彦¹、牛田 進一郎²

77 多発性膵腫瘤を呈した自己免疫性膵炎の1例

若手（専修医）¹ 公立陶生病院 消化器内科、² 名古屋大学大学院医学系研究科 消化器内科学、
³ 名古屋大学医学部附属病院 光学医療診療部

○森 裕¹、黒岩 正憲¹、清水 裕子¹、松浦 哲生¹、竹中 宏之¹、河邊 智久¹、
佐竹 美芽¹、長江 翔平¹、松田 悠司¹、森田 敬一¹、森島 大雅²、
廣岡 芳樹³、後藤 秀実^{2,3}

78 ERCP 後膵炎に併発した pancreatic panniculitis の1例

若手（専修医） JA 静岡厚生連遠州病院 消化器内科

○高橋 悟、梶村 昌良、松下 直哉、西野 眞史、高垣 航輔、竹内 靖雄、
白井 直人

79 当院における膵癌症例に対する術前胆道ステントの治療成績

岐阜市民病院 消化器内科

○河口 順二、向井 強、手塚 隆一、小島 健太郎、松浦 加奈、水谷 拓、渡部 直樹、
鈴木 祐介、小木曾 富生、川出 尚史、林 秀樹、杉山 昭彦、西垣 洋一、加藤 則廣、
富田 栄一

14:00～14:42 肝①

座長 順天堂大学医学部附属静岡病院 消化器内科 玄田 拓哉

- 80 中毒起因性物質の摂取による肝不全・腎不全・呼吸不全で死亡され、剖検にてパラコートの関与が示唆された1例
聖隷浜松病院 消化器内科
○宮津 隆裕、熊岡 浩子、井上 照彬、杉浦 喜一、海野 修平、瀧浪 将貴、小林 陽介、木全 政晴、芳澤 社、室久 剛、清水 恵理奈、細田 佳佐、長澤 正通、佐藤 嘉彦
- 81 C型肝炎DAA治療後に退縮した肝血管腫の一例
静岡市立静岡病院 消化器内科
○鈴木 博貴、河合 歩、奥村 大志、堀谷 俊介、近藤 貴浩、黒石 健吾、濱村 啓介、田中 俊夫、小柳津 竜樹
- 82 DCV/ASV併用療法6週で肝障害にて中止するもSVRとなった1例
若手（専修医） 刈谷豊田総合病院 内科
○恒川 卓也、仲島 さより、浜島 英司、中江 康之、坂巻 慶一、久野 剛史、三浦 眞之祐、大橋 彩子、鈴木 孝弘、池上 脩二、大脇 政志、溝上 雅也、山本 怜、井本 正巳
- 83 C型慢性肝炎の経過中に急性増悪を来し、その後持続的なHCV-RNA陰性化を来した一例
若手（専修医） 富士宮市立病院 内科
○樋口 友洋、兼子 直也、加藤 雅一、石田 夏樹、森 雅史
- 84 ダゲラタスビル/アスナプレビル（DCV/ASV）早期中止後にインターフェロン（IFN）治療でウイルス陰性化を維持するも24週目で再燃した1例 - 当院での中止例の検討を含めて -
聖隷浜松病院 消化器内科
○瀧浪 将貴、清水 恵理奈、井上 照彬、杉浦 喜一、宮津 隆裕、海野 修平、小林 陽介、木全 政晴、芳澤 社、室久 剛、熊岡 浩子、細田 佳佐、佐藤 嘉彦、長澤 正通
- 85 日本では稀な subtype 3f E 型肝炎ウイルスによる黄疸が遷延した急性肝炎の1例
¹岐阜市民病院 消化器内科、²藤田保健衛生大学七栗記念病院 内科
○鈴木 祐介¹、西垣 洋一¹、林 秀樹¹、水谷 拓¹、手塚 隆一¹、小島 健太郎¹、松浦 加奈¹、河口 順二¹、小木曾 富生¹、川出 尚史¹、向井 強¹、杉山 昭彦¹、加藤 則廣¹、富田 栄一¹、中野 達徳²

86 ビブリオ・バルニフィカスによる敗血症性ショックの1例

若手（専修医） 刈谷豊田総合病院 内科

○竹内 一訓、仲島 さより、濱島 英司、中江 康之、坂巻 慶一、久野 剛史、
三浦 眞之祐、大橋 彩子、鈴木 孝弘、池上 脩二、大脇 政志、溝上 雅也、
恒川 卓也、山本 怜、井本 正巳

87 胆石性イレウスの一例

静岡市立清水病院

○池田 誉、窪田 裕幸、高柳 泰宏、宇於崎 宏城、小池 弘太

88 肝膿瘍を合併した肝内胆管癌の一例

¹朝日大学歯学部附属村上記念病院 消化器内科、²朝日大学歯学部附属村上記念病院 外科

○北江 博晃¹、中畑 由紀¹、冨江 晃¹、大島 靖広¹、大洞 昭博¹、川部 篤²、
久米 真²、小島 孝雄¹、八木 信明¹

89 IPNB の1切除例

¹藤枝市立総合病院 消化器内科、²藤枝市立総合病院 外科、³浜松南病院 消化器病・IBDセンター

○金子 雅直¹、大島 昭彦¹、山本 晃大¹、志村 輝幸¹、寺井 智宏¹、景岡 正信¹、
丸山 保彦¹、東 正樹²、渡邊 文利³

90 ソナゾイド造影超音波で特異な造影所見を認めた細胆管細胞癌の一例

¹聖隷浜松病院 消化器内科、²聖隷浜松病院 肝胆膵外科、³聖隷浜松病院 病理科

○室久 剛¹、長澤 正通¹、井上 照彬¹、杉浦 喜一¹、宮津 隆裕¹、海野 修平¹、
瀧浪 将貴¹、小林 陽介¹、木全 政晴¹、芳澤 社¹、熊岡 浩子¹、清水 恵理奈¹、
細田 佳佐¹、佐藤 嘉彦¹、山本 博崇²、牛田 進一郎²、新井 義文³、大月 寛郎³

91 腫瘍径14cmの巨大肝内胆管癌に対し Gemcitabine+S1による化学療法が著効し adjuvant surgery を行った1例

三重大学 肝胆膵・移植外科

○伊藤 貴洋、種村 彰浩、堯天 一享、早崎 碧泉、松井 俊樹、飯澤 祐介、
加藤 宏之、村田 泰洋、栗山 直久、安積 良紀、岸和田 昌之、水野 修吾、
臼井 正信、櫻井 洋至、伊佐地 秀司

92 青色ゴム乳首様母斑症候群（Blue rubber bleb nevus syndrome：BRBNS）における肝病変破裂、出血性ショックで死亡した一剖検例

若手（専修医） 愛知医科大学 肝胆膵内科

○坂本 和賢、大橋 知彦、井上 匡央、小林 佑次、山本 高也、石井 紀光、
佐藤 顕、中出 幸臣、伊藤 清顕、中尾 春壽、米田 政志

93 肝障害、肝腫大を契機に診断された全身性アミロイドーシスの1例

若手（研修医） 三重大学医学部 消化器肝臓内科

○田中 智哉、山本 憲彦、玉井 康将、吉川 恭子、諸岡 留美、小倉 英、
東谷 光庸、杉本 龍亮、田中 秀明、杉本 和史、長谷川 浩司、岩佐 元雄、
竹井 謙之

94 自然退縮した肝細胞癌、肺動脈腫瘍塞栓、多発肺転移の一例

¹焼津市立総合病院 消化器内科、²焼津市立総合病院 放射線科

○小平 誠¹、山形 真基¹、渡邊 幸弘¹、寺澤 康之¹、佐野 宗孝¹、深谷 哲昭²

95 慢性C型肝炎に対しインターフェロン治療著効22年後に肝細胞癌を発症した1例

若手（専修医） 安城更生病院

○東堀 諒、竹内 真実子、浅井 清也、青木 聡典、市川 雄平、林 大樹朗、
鶴留 一誠、岡田 昭久、馬淵 龍彦、細井 努、関 崇、平松 聖史、
新井 利幸

96 胆管内発育型肝細胞癌（HCC）にたいし肝動脈化学塞栓療法（TACE）後内視鏡下に腫瘍塊を摘除した1例

安城更生病院

○岡田 昭久、竹内 真美子、浅井 清也、東堀 諒、青木 聡典、市川 雄平、鶴留 一誠、
馬淵 龍彦、細井 努

97 急速に増大し、嚢胞形成を伴った原発性肝癌肉腫の一切除例

豊橋市民病院 消化器内科

○木下 雄貴、浦野 文博、藤田 基和、内藤 岳人、山田 雅弘、山本 英子、松原 浩、
植月 康太、片岡 邦夫、飛田 恵美子、山本 和弘、松田 宣賢、南 喜之、
山本 崇文

一般演題 抄録

お断わり：原則的に講演者が入力したデータをそのまま掲載しておりますので、一部に施設名・演者名・用語等の表記不統一がございます。あらかじめご了承ください。

01

当院におけるポノプラザンによるH. pylori除菌療法の検討

JA 愛知厚生連 渥美病院

○堀口 裕貴、長谷 智、吉田 昌弘、山本 富美子、富永 雄一郎、植月 有希子

【背景】2015年2月からポノプラザンを用いたH. pylori除菌が保険適応となった。ポノプラザンは持続的かつ強力な酸分泌抑制作用を示し、高い除菌率が期待されている。当院でも2015年7月からH. pylori除菌に用いられており、ポノプラザンを用いた除菌成績と他のPPIを用いた除菌成績を比較検討した。【方法】当院のH. pylori感染者におけるポノプラザン、エソメプラゾール、ランソプラゾールによる一次除菌、二次除菌の成功率を比較検討した。一次除菌はPPI+アモキシシリン+クラリスロマイシン、二次除菌はPPI+アモキシシリン+メトロニダゾールで行った。除菌判定は尿素呼吸試験により判定した。【成績】ポノプラザンによる一次除菌例は99例で成功例は92例、不成功例は7例で成功率は92.9%、二次除菌は7例で全例成功、成功率は100%であった。エソメプラゾールによる一次除菌例は18例で成功例は13例、不成功例は5例で成功率は72.2%、二次除菌は4例で成功例3例、成功率75%であった。ランソプラゾールによる一次除菌は65例で成功例は53例、不成功例は12例で成功率は81.5%、二次除菌は15例で成功例14例、成功率は93.3%であった。【結論】ポノプラザンによるH. pylori除菌は他のPPIと比較し、一次除菌、二次除菌ともに除菌成功率は高かった。

02

CYP2C19 遺伝子多型に関連したesomeprazoleとvonoprazanの効果比較

¹浜松医科大学 内科学第一講座、
²浜松医科大学 臨床腫瘍学講座、
³浜松医科大学 光学医療診療部、
⁴浜松医科大学 臨床研究管理センター

○鏡 卓馬¹、佐原 秀¹、市川 仁美¹、魚谷 貴洋¹、山出 美穂子¹、濱屋 寧²、岩泉 守哉¹、大澤 恵³、杉本 健¹、宮嶋 裕明¹、古田 隆久⁴

【背景】esomeprazole (EPZ) はCYP2C19 genotypeの影響が比較的小さく効果に優れるが、vonoprazan (VPZ) との効果の違いは十分検討されていない。【目的】両者の効果とCYP2C19の関連についての検討を目的とした。【方法】H. pylori陰性健康ボランティア28名 [CYP2C19 poor metabolizers (PMs) 7, intermediate metabolizer (IMs) 11, RMs 10] を対象に、次の4種類のレジメンでクロスオーバー試験をした：(1) VPZ 20 mg 1日2回 (bid)、(2) VPZ 20 mg 1日1回 (qd)、(3) EPZ 20 mg bid (4) EPZ 20 mg qd。各レジメンでday7の朝、空腹時採血を行い血清ガストリン値を評価した。またday7に24時間胃内pHモニタリングを行なった。【結果】VPZ 20 mg bidはpH \geq 5 holding time ratio (pH 5 HTR) において、CYP2C19遺伝子多型によらずEPZ 20 mg bidより優れた。[100% vs. 79% (p = 0.018) for PMs, 98% vs. 89% (P = 0.003) for IMs, and 100% vs. 83% (P = 0.005) for RMs] また、VPZ qdはpH 5 HTRにおいてPMsとIMsではEPZ bidと同等、RMsではEPZ bidより優れた[92% vs. 79% (p = 0.091) for RMs, 88% vs. 89% (P = 0.155) for IMs, and 91% vs. 83% (P = 0.047) for RMs]。一方でガストリン値は有意に高値[529 pg/ml vs. 258 pg/ml (p < 0.001) for overall genotype]となった。【結論】VPZ 20 mg bidはCYP2C19 genotypeに関わらず、EPZ 20 mg bidを凌ぐ胃酸分泌抑制効果を示した。一方VPZ qdはPMsとIMsではEPZ bidと同等、RMsではEPZ bidより優れた酸抑制効果を示したが、ガストリン値は有意に高値となった。

03

粘膜下腫瘍様形態を呈しESDにて切除した胃inflammatory fibroid polypの1例

¹岐阜赤十字病院 消化器内科、²木沢記念病院 病理診断センター

○杉江 岳彦¹、高橋 裕司¹、鷺見 聡子¹、小川 憲吾¹、松下 知路¹、名倉 一夫¹、山田 鉄也²

【緒言】inflammatory fibroid polyp (IFP) は消化管に発生する比較稀な腫瘍である。今回、我々は粘膜下腫瘍様形態を呈しESDにて切除した胃IFPの1例を経験したので報告する。【症例】70歳代男性【既往歴】高血圧【臨床経過】平成27年7月、前医にてスクリーニング目的に上部消化管内視鏡検査を施行され幽門前庭部大弯に約10mm大の隆起性病変を認めた。腫瘍性病変を疑われたため精査治療目的に当科紹介受診となった。【現症】身長168cm 体重73kg 体温36.6℃ 胸腹部に異常所見を認めず。表にリンパ節は触知しなかった。【検査成績】WBC 9300 RBC 448万 Hb 13.4 Ht 39.8 PLT 22.2万 CRP 0.19 ALB 3.9 T.bil 0.4 AST 13 ALT 11 LDH 178 γ GT 15 ALP 291 BUN 14.5 Cre 0.85 Na 145 K 4.0 Cl 111 【経過】上部消化管内視鏡にて萎縮性胃炎を

背景として幽門前庭部大弯に比較急峻な立ち上りの粘膜下腫瘍を認めた。超音波内視鏡を施行したところ粘膜固有層内に均一なlow echoic massを認めた。診断的加療を目的としてESDを施行、病理組織所見よりIFPと診断した。【結語】粘膜下腫瘍様形態を呈しESDにて切除、診断しえた胃IFPの1例を経験した。貴重な症例と考えたため報告した。

04

EUS-FNAにて術前診断が可能であった若年女性に発症した稀な胃粘膜下腫瘍の1例

岐阜大学 第一内科

○吉田 健作、奥野 充、丸田 明範、上村 真也、今井 健二、岩下 拓司、末次 淳、高井 光治、木 亮、清水 雅仁

症例は25歳女性。既往歴、生活歴に特記事項なし。2015年8月に心窩部痛を認め、近医を受診された。同院でのEGDにて胃前庭部前壁に40mm程の胃粘膜下腫瘍 (SMT) を認め、精査・加療目的に当院へ紹介となった。腹部造影CTでは、胃前庭部に40mm大の、早期相で濃染されるその後wash outされる多血性SMTを認めた。他臓器には明らかな異常を認めなかった。上部消化管造影検査では、胃前庭部に表面性状平滑で、立ち上がりならぬ40mm程の隆起性病変を認めた。SMTに対しEUSを施行したところ、39x34mmの比較的高エコーな腫瘍を認め、腫瘍は胃壁第4層と連続していた。引き続き、SMTに対し19G針を用いEUS-FNAを施行した。病理組織所見では、腫瘍細胞に核異形は認めず、硝子化あるいは粘液浮腫上変化を伴う充実胞巣状腫瘍を認め、免疫染色上SMA (+)、Mib-1 index 3%未満であり、Glomus tumor (GT) と診断した。本症例は若年で、腫瘍径も40mm程であり、腹痛の原因や悪性化の可能性も否定できないことから、腹腔鏡下胃部分切除術腹腔鏡・内視鏡合同手術を施行した。術後病理結果では、腫瘍充実性胞巣と胞巣間に硝子化を認め、免疫染色上SMA (+)、h-caldesmon (+)、Ki-67 index 5%未満でありGTと診断した。術後半年経過したが再発なく、現在も経過観察中である。Glomus 装置は指趾に多く分布する動静脈吻合で、その壁に存在するglomus細胞の収縮・弛緩により血流が制御される。GTはこの装置より生ずると考えられており、主に若年女性の爪床に好発し、しばしば発作性の激痛をきたす。胃に発生するGTは稀であり、SMTのため術前診断が可能であった報告は少なく、治療・診断目的に胃部分切除が行われ、術後に診断されることが多い。本症例ではEUS-FNAによりGTの術前診断が可能であり、治療方針の決定に有用であった。GTは治療後も再発・遠隔転移の報告を認めており、術後も厳重な経過観察が必要である。

05

消化管濾胞性リンパ腫の1例

豊橋市民病院 消化器内科

○松田 宜賢、山本 英子、浦野 文博、藤田 基和、内藤 岳人、山田 雅弘、松原 浩、植月 康太、片岡 邦夫、木下 雄貴、飛田 恵美子、南 喜之、山本 崇文

【症例】47歳男性【既往歴】胃潰瘍【現病歴】平成27年11月下旬発症し外来受診した。スクリーニング目的で行った上部消化管内視鏡検査 (EGD) で胃体中部大弯に白苔を伴う小びらんを認め、生検を施行。病理診断の結果は、間質に中型から大型のリンパ球の密な浸潤が見られ、濾胞構造を形成していた。免疫染色でCD20陽性細胞が密に見られ、CD10、Bcl2、Bcl6が陽性でMUM1が陰性であり、Malignant lymphoma, Follicular lymphoma, B cell type, grade1であった。【経過】病期診断および全消化管への病変の広がり評価する目的でEGDを再検し、下部消化管内視鏡検査 (TCS)、頸胸腹部CT、PET-CTを施行した。EGDでは、十二指腸球部にmultiple lymphomatous polyposis (MLP) 様の大小の多発隆起を認め、生検を施行した。TCSでは、回腸末端には正色調の小隆起病変が多発しており、また直腸には周囲と境界明瞭な粘膜下腫瘍の形態を呈する隆起性病変を認めた。回腸末端、直腸の病変からも生検を行った。十二指腸、回腸末端、直腸の病変はいずれも胃病変と同様の濾胞性リンパ腫の診断であった。頸胸腹部CTでは小腸間膜、直腸周囲に小リンパ節を複数認め、リンパ腫の浸潤と考えられた。PET-CTでは左口蓋扁桃にも集積を認め、同様にリンパ腫の浸潤と考えられた。血液内科に紹介し骨髄生検を実施。明らかな骨髄浸潤は認めず、病期はLugano国際分類II期と診断した。FLIPIはlow risk群であり、治療方針としては経過観察の方針となった。現在外来通院にて経過観察中である。【結語】濾胞性リンパ腫は低悪性度リンパ腫の代表的なものであり、その大部分はリンパ節性で節外性は従来例外的と言われてきたが、最近になって消化管原発濾胞性リンパ腫の報告も増加している。今回我々は胃や直腸にも病変を認め、多彩な内視鏡像を呈した消化管濾胞性リンパ腫の1例を経験したので文献的考察を加えて報告する。

胃NETと術前診断した乳癌術後15年後に発症した異時性胃転移の1例

¹安城更生病院 外科、²安城更生病院 消化器内科

○斎藤 麻子¹、平松 聖史¹、後藤 秀成¹、関 崇¹、陸 大輔¹、鈴木 優美¹、竹内 真実子²、新井 利幸¹

症例は60歳、女性。15年前に右乳癌に対し、乳房全摘術と腋窩リンパ節郭清術を施行した。術後化学療法（CMF：Cyclophosphamide + Methotrexate + fluorouracil）を6コース、ホルモン療法（anastrozole）を5年間施行した。約5ヶ月前より、心窩部不快感、腹部膨満を自覚し、前医を受診。上部消化管内視鏡検査（EGD）を施行、異常を指摘され当院紹介となった。当院EGDにて胃体部を主座に腫瘍性病変を認めた。生検にてNeuroendocrine tumor (NET)、G1と診断した。広範な襲の太まりを認め、粘膜下腫瘍様の肉眼形態を呈する典型的なNETとは異なる内視鏡像であった。胃全摘術+リンパ節郭清を予定術式として手術を施行した。開腹すると、白色の小結節を腹腔内に多数認め、腹腔播種の所見であった。術中腹水迅速細胞診も陽性であり、試験開腹のみとした。採取した検体を免疫組織染色などを行い病理組織学的に再検討すると乳癌小葉癌に矛盾しない組織像で、乳癌術後15年を経過し発症した異時性胃転移と診断した。今後、化学療法を予定している。このまれな症例に対して文献的考察を加え報告する。

07

EBウイルス関連リンパ球浸潤癌と考えられた早期胃癌の一例

¹聖隷浜松病院 消化器内科、²聖隷浜松病院 消化器外科、

³聖隷浜松病院 病理診断科

○杉浦 喜一¹、細田 佳佐¹、井上 照彬¹、宮津 隆裕¹、海野 修平¹、瀧浪 将貴¹、小林 陽介¹、木全 政晴¹、芳澤 社¹、室久 剛¹、熊岡 浩子¹、清水 惠理奈¹、長澤 正通¹、佐藤 嘉彦¹、鈴木 一史²、新井 義文³

【症例】51歳男性。47歳時に胃角部小弯に胃潰瘍を指摘され内服治療およびH. pylori除菌を施行された。その後近医で上部消化管内視鏡検査を1年毎に定期的実施していた。20XX年4月上旬上部消化管内視鏡検査で胃体上部小弯に一部陥凹を伴う隆起及び発赤性変化を認め、同部位からの生検で中分化腺癌と指摘され当院紹介となる。精査内視鏡の結果、約3cm大の0-IIa+IIc病変であり、拡大NBI所見では絨毛状の比較的不均一な腺管が認められ分化型の腺癌が主体の変化と考えられた。ただしEUSでは第3層に低エコー領域を認め、粘膜下層浸潤を有する早期胃癌と診断した。外科的手術適応病変と診断し、当院消化器外科で胃全摘術を実施された。病理所見は一部低分化変化を有する中分化腺癌、深達度m、ly0、v0であり、組織学的にリンパ節転移は認めなかった。病変の粘膜下にリンパ球浸潤が目立ちリンパ濾胞の形成も認められ、また免疫染色でEBER-1陽性であり、EBウイルス関連リンパ球浸潤癌と考えられた。

【考察】リンパ球浸潤癌（GCLS）は全胃癌の1~2.5%の頻度とされ80~90%と高率にEBウイルス感染が確認される。比較的若年男性の胃体上部に好発するとされ、本例の臨床像と一致する。胃癌の成因を考える上で貴重な症例と考えられ、文献的考察を加え報告する。

08

3年間の経過を観察した粘膜下腫瘍様の形態を呈するEpstein-Barr Virus 関連胃癌の1例

¹浜松医療センター 消化器内科、

²浜松医療センター 消化器外科

○栗山 茂¹、花岡 智彦¹、山田 景子¹、浅井 雄介¹、木次 健介¹、高島 真吾¹、松浦 愛¹、住吉 信一¹、岩岡 泰志¹、吉井 重人¹、影山 富士人¹、川田 三四郎²、西脇 由朗²、金岡 繁¹

【症例】60代、男性 【主訴】特になし 【既往歴】慢性B型肝炎、肝細胞癌、原発性マクログロブリン血症 【現病歴】近医においてX-4年に上部消化管内視鏡施行され特記所見認めなかった。X-3年に胃体下部後壁に粘膜下腫瘍様の隆起性病変認め、X-2年にはやや増大みられたがいずれも生検結果はGroup 1であり経過観察となっていた。X年に同病変の増大と頂部に陥凹も認め精査加療目的にて当科紹介となった。上部消化管内視鏡にて胃体下部大後壁に潰瘍を伴う約20mmの粘膜下腫瘍認め、生検にてGroup 4-リンパ球浸潤癌の推定で、またEpstein-Barr Virus (EBV) encoded small RNA in situ hybridization (EBER-ISH)陽性の所見を認めた。CT・PETなどで明らかな転移性病変や肝細胞癌の再発を認めず、X+1年に幽門側胃切除術を行いpT1pN0cM0、p-stage1であった。【考察】EBV関連胃癌は胃癌全体の10%といわれ、その中でEBV関連リンパ球浸潤癌は1~4%程度とされている。またEBV関連胃癌の中で本症例のように粘膜下腫瘍様の形態を呈するものは15%程度と報告もある。本症例は結果として約3年の経過を観察し得た粘膜下腫瘍の形態を呈したEBV関連胃癌であり、若干の文献

的考察も含めて報告する。

09

部分的に胎児消化管上皮類似癌様成分を伴った早期胃癌の一例

¹浜松医科大学 第一内科、²浜松医科大学 光学医療診療部、

³浜松医科大学 臨床研究管理センター

○芹澤 亜紗美¹、高垣 航輔¹、大澤 恵²、鈴木 崇弘¹、杉山 智洋¹、田村 智¹、岩泉 守哉¹、濱屋 寧¹、古田 隆久³、杉本 健¹

【目的】82歳、男性。既往歴は77歳で前立腺癌・膀胱癌。20XX年1月黒色便がみられ、その後一過性意識消失で当院に緊急搬送された。上部内視鏡検査では胃体下部小弯前壁に胃潰瘍（A1）を認め、また胃噴門部大弯に発赤を伴った扁平隆起病変を認めた。この時点で胃噴門部病変の生検はgroup2であった。20XX年3月実施した上部内視鏡検査では胃噴門部病変は発赤・びらんを伴っており、生検で高分化型腺癌を指摘された。超音波内視鏡では腫瘍は粘膜内病変と考えられたが、腫瘍直下の第3層に低エコー領域を認めた。粘膜下異時性胃腺に早期胃癌を合併した可能性などを考慮して、20XX年9月内視鏡的粘膜下層剥離術（ESD）で一括切除した。腫瘍は大きさ12×10mmの0-IIa+IIc病変で、大部分は高分化型腺癌であった。しかし一部で淡明な癌細胞の胞体がみられ、免疫染色では癌細胞の多くはGlypican3が陽性で、SALL4も部分的に陽性であった。AFPは陰性であった。以上の病理所見より部分的に胎児消化管上皮への分化を伴った高分化型腺癌と診断された。腫瘍直下の粘膜下層で胚中心の明瞭なリンパ濾胞を形成し、その中に大小管状を呈した癌腺管がみられ、pT1b（SM2）と診断された。ESD後は特に合併症なく経過し第8病日で退院した。追加胃切除は本人・家族が希望されなかったため、現在外来で経過観察中である。ESDで切除した、部分的に胎児消化管類似癌様成分を伴った早期胃癌を経験した。胎児消化管類似癌は比較的稀な特殊型胃癌の一つで悪性度の高い腫瘍と考えられている。過去の報告ではESDで診断と治療が行われた症例は稀であり、内視鏡像と組織所見の対比を含め報告する。

10

切除可能であった食道、胃、大腸の同時性3重複癌の一例

刈谷豊田総合病院 内科

○近藤 祐市、坂巻 慶一、濱島 英司、中江 康之、仲島 さより、久野 剛史、三浦 眞之祐、大橋 彩子、鈴木 孝弘、池上 脩二、大脇 政志、溝上 雅也、恒川 卓也、山本 怜、井本 正巳、伊藤 誠

【症例】76歳、男性 【主訴】食欲不振、体重減少 【既往歴】虫垂炎、DM、前立腺肥大 【嗜好歴】喫煙：20歳より20本/日、飲酒：焼酎400ml/日 【現病歴】便潜血陽性で他院にて2015/4/6 CS施行、S状結腸にポリープを指摘され、4/10に当科紹介となった。【経過】食欲不振や15kgの体重減少を認めていたため悪性疾患の可能性を考慮し精査を行った。EGD施行し胃角部小弯に2型の進行胃癌を認め、中部食道に約15mmの0-IIc型食道表在癌を認めた。CSではS状結腸に20mmのIp病変を認め留置スネアを用いて切除、carcinoma in adenoma、深達度Mで早期大腸癌の結果であった。進行胃癌に対しては、CTでは小弯側に所属リンパ節の転移を認めたが明らかな遠隔転移は認めず当院外科にて2015/5/18腹腔鏡下幽門胃切除術を施行。病理組織結果は、adenocarcinoma、pT3（SS）、tub2/por1、INFb、ly2、v2、pN3aで、pT3N3aM0、pStageIIIBの結果であった。術後、2ヶ月後にEGD再検査施行。術後GERDによると思われる炎症のため食道上皮全体がびまん性に白濁しており、病変はルゴール染色による境界が不明瞭化していた。1カ月後に行ったEGD検査でも境界不明瞭であり患者と相談の上経過観察となった。その後、胃癌の術後化学療法としてTS-1単剤投与するものの副作用として下痢が出現し中止となった。11/16にEGD再検査、炎症改善しておりルゴールで境界診断が可能となったため、12/16に食道ESD施行した。病理組織結果は、SCC in situ、pT1a-EP、pVM0、pHMXであった。その後は明らかな再発所見無く経過している。【考察】重複癌の定義にはWarrenらの1)各腫瘍が一定の悪性度を示し、2)各腫瘍は互いに離れた部位を占め、3)一方の腫瘍が他の腫瘍の転移でない、という定義が用いられる。悪性疾患を認めた際は、常に他臓器にも病変が存在する可能性を念頭に置いて精査する必要があることを改めて認識した。【結語】切除可能であった食道、胃、大腸の同時性3重複癌の一例を経験した。

11

病的肥満症に対してBIB systemによる内視鏡治療を施行した4例

名古屋徳洲会総合病院 消化器内視鏡治療センター

○今神 透、高山 悟、林 祐一、坂本 雅樹

肥満は高血圧や糖尿病といった生活習慣病の他、脂肪肝や胃食道逆流

症など様々な消化器疾患の発症にも深く関与していることが知られており、消化器病学会でも肥満に対する啓発活動がおこなわれている。日本にはBMIが35kg/m²以上である高度肥満人口は0.5%とされており、決して少ない数ではない。当院では病的肥満症に対して専門外来を開院し、その治療をおこなっている。病的肥満症に対する外科手術としては調節性胃パండిング術やスリーブ状胃切除術があり、一定の治療効果が報告されているものの、コントロール不能な出血や縫合不全など重篤な合併症のリスクも高い。一方、内視鏡治療としてのBIB systemは高率なリバウンドが課題とされているものの、6か月以内の限定的な治療効果が期待できると報告されている。そこで、当院ではBMI ≥ 40kg/m²の症例についてはBIB systemによる一時的な減量を得た後にスリーブ状胃切除術を施行することで、少しでも外科手術のリスクを減少させるとともに、外科手術による治療効果が期待できるのではないかと考え、病的肥満症に対してBIB systemによる治療を開始した。症例1は45歳、男性。身長169cm、体重158kg(BMI 55.3 kg/m²)。症例2は29歳、女性。身長190cm、体重210kg(BMI 58.2 kg/m²)。症例3は33歳、女性。身長160cm、体重220kg(BMI 85.9 kg/m²)。症例4は54歳、男性。身長168cm、体重108kg(BMI 38.2 kg/m²)。現在4症例に対して治療を施行したため、その治療成績を報告する。

12

内視鏡的胃瘻造設時に噴門部裂創を生じ、輸血を行なった一例

焼津市立総合病院 消化器内科

○小平 誠、山形 真希、渡邊 幸弘、寺澤 康之、佐野 宗孝

症例は79歳女性。急性虫垂炎の手術歴あり。アルツハイマー型認知症にて全介助の状態、介護度5。施設に入所中。日頃から食事は摂れずエンシュアリキッドを服用していた。一週間ほど前からゼイゼイするようになり、意識レベルも低下し経口摂取不可能となったため、2月10日当院救急外来受診。誤嚥性肺炎と診断され、神経内科に入院となった。体温36.7℃、血圧122/69、脈拍109、酸素飽和度96% (O₂ 5L)、呼吸数24、JCS I-3、意思表示不可。総蛋白：6.8、アルブミン：3.6、CRP：1.04、WBC：14890、Hb：11.8、Plt：44.0胸部X線にて左肺下葉に浸潤影を認めた。抗菌薬投与、補液にて治療。状態改善後喉下評価を行ない、経口摂取不可能と判断。家人の希望により胃瘻造設を行なう方針となった。2月23日内視鏡的胃瘻造設施行。術中噴門部小弯に粘膜裂創を形成。oozingを認めたがオメプラゾール静注にて経過をみた。しかし同日夜吐血あり。緊急内視鏡にて噴門部小弯の裂創からの出血が確認され、HSE局注及びブクリッピングにて止血処置を行なった。2単位輸血を行ない術後貧血の悪化は認められなかった。現在胃瘻栄養の状態で転院待ちである。上部消化管内視鏡の合併症として過送気、嘔吐反射などによる噴門周囲の粘膜裂創が生じることがある。当院にて過去3年間のデータを見ると粘膜裂創出現はPEG施行時3例、異物摘出時4例、過送気によるもの4例、マロリー・ワイス症候群24例であった、過送気によるものは3例が残胃で胃の容積が小さく、全例粘膜面の萎縮を認められている。PEGの症例も本例を含め、2例に粘膜の萎縮を認められている。胃瘻の早期合併症としては穿刺部からの出血がよく知られているが、基本的に胃粘膜の萎縮した高齢者に対して行なうことが多い処置であり、噴門部粘膜裂創により今回のように輸血を要するような大量出血を来すこともあると考えられる。胃瘻造設時の合併症について教育的な症例と考へ報告する。

13

繰り返す特発性胃短軸捻転に対し治療的PEG（内視鏡的胃瘻造設術）が奏功した一例

JA 静岡厚生連遠州病院 消化器内科

○西野 真史、高橋 悟、松下 直哉、高垣 航輔、竹内 靖男、白井 直人、梶村 昌良

【症例】80歳代女性【主訴】腹部膨満、食事摂取困難【既往歴】甲状腺機能低下症【現病歴】2011年10月に腹部膨満、嘔吐で受診、食道裂孔ヘルニアや横隔膜弛緩症などを伴わない、特発性胃短軸捻転の診断で入院、経鼻胃管による減圧、絶食にて保存的に軽快していた。2012年5月にも胃短軸捻転再発認め、同様に経鼻胃管挿入で軽快していた。しばらく再燃なく経過したが、2014年1月に胃短軸捻転を再発した。保存的加療で速やかに軽快するものの、その後は1-2か月おきに再発を繰り返すようになり、治療的PEGを勧めていたが、本人が難色を示すため、一回の食事を減らすなどして経過観察していた。2014年7月朝より腹部膨満出現、徐々に悪化し、食事取れず、同日夕方に受診した。腹部X線検査、腹部CT検査にて、胃短軸捻転と診断し、経鼻胃管挿入にて加療を開始した。第1病日には症状は軽快した。同年になって5回目のエピソードであり、再発予防のための治療的PEGを再度勧めたところ、本人の承諾得られた。第4病日にCTにて胃短軸捻転の改善を確認し、第5病日に治療的PEGによる胃-腹壁固定を行い、第14病日に退院した。その後胃短軸捻転の再発なく経過し、3か月後にPEGボタンを抜去した。外来にて1年9か月経過しているが、胃短軸捻転の再発

なく経過している。【結語】比較的まれな特発性胃短軸捻転の再発予防に治療的PEGが奏功した一例を経験した、若干の文献的考察を加えて報告する。

14

14 回復する胃軸捻転に対し、鮎田式胃壁固定を併用した経皮内視鏡的胃瘻造設術（PEG）施行した1例

磐田市立総合病院 消化器内科

○松浦 友春、大飼 政美、齋田 康彦、笹田 雄三、高橋 百合美、山田 貴教、辻 敦、伊藤 静乃、間濶 裕行、大庭 行正、尾上 峻也

【はじめに】胃軸捻転症は比較的稀な疾患であり、保存的加療で改善しない場合の治療としては外科的な治療が一般的である。今回、我々は内視鏡的治療にて治療を行った胃軸捻転症例を経験した。【症例】87歳、女性。2015年X月に鮮血混じりのコーヒー残渣嘔吐、その後意識レベル低下にて救急搬送された。来院時には37.6℃の発熱も認められた。腹部の理学所見は乏しかったが、CTでは胸腔内で腹部食道の前方に胃前庭部が存在し、胃の拡張を認めた。以上より、短軸型の胃軸捻転と診断した。また、嘔吐が原因と思われる誤嚥性肺炎も伴った。同日、緊急上部消化管内視鏡を実施した。内視鏡所見としては、食道から胃内に黒色残渣付着を認めたが、明らかな潰瘍性病変や虚血性変化は認めなかった。また、胃体部のねじれと前庭部の高度狭窄を認めた。十二指腸まで内視鏡を挿入し、捻転および胸腔内への胃の脱出を解除することで、内視鏡的整復は成功し、整復後は嘔吐なく経過したため退院となった。しかし、退院2か月後に同様の症状にて救急搬送されたため、再び透視下で内視鏡的整復を施行し、その後は嘔吐などの症状は消失した。しかしながら、短期間で再発であり、認知症により経口摂取量が不安定でもあったため、予防のため鮎田式胃壁固定を併用した経皮内視鏡的胃瘻造設術（PEG）を施行した。PEG後は現在まで再発なく経過している。【考察】胃軸捻転は胃が生理的範囲を超えて回転し、病的に軸捻転を来した状態で比較的稀な疾患である。特発性と二次性があり、二次性的原因としては食道裂孔ヘルニアや横隔膜弛緩症などがある。今回の症例も食道裂孔ヘルニアを認めていた。治療としては経鼻胃管留置し胃内を減圧することで軽快する場合もあるが、捻転のため経鼻胃管留置が困難であることも多く、保存的加療で加療困難な場合は外科的治療が一般的となる。しかし、今回のように内視鏡的整復が可能な症例もあり、また胃壁固定が再発予防に有用である可能性もある。若干の文献的考察を加えて報告する。

15

15 胃瘻カテーテルとS状結腸癌のステント留置中に胃気腫症を併発した一例

名古屋記念病院

○杉浦 幸、村上 賢治、長谷川 俊之、中館 功、伊藤 亜夜、吉井 幸子、林田 真由子、河辺 健太郎、天池 真名美、鈴木 重行

症例は75才男性。6年前に左視床出血後遺症にて胃瘻造設、1年前にS状結腸癌による狭窄に対しメタリックステント留置。2015年10月血便のため当院受診した。来院時単純腹部造影CTではステントの閉塞は認めないが、腸管ガスによる慢性的腸管拡張を認めた。胃に異常を認めなかった。血便はS状結腸癌からの出血と考えられ、絶食と止血剤にて治療開始した。入院後は出血や腹部症状は認められず、入院5日目から経腸栄養剤（400mlを200ml/hrで1日3回）を再開した。入院7日目に胃瘻から血性胃液流出を認めたため、上部消化管内視鏡施行したところ、胃穹窿から前庭部にかけて後壁側中心に半周性にわたって、発赤・びらん・軽度膨隆を伴った粘膜の赤紫色の変色を認め虚血性変化と考えられた。自覚症状は認められなかった。腹部CTでは胃壁内に気腫を認めたが、門脈ガスや胃以外の腸管気腫は認めなかった。翌日の、腹部造影CTでは、胃壁内の気腫の減少を認め、胃の支配動脈の血流や胃粘膜の造影効果も良好であった。絶食、PPI、抗生剤にて治療し、入院20日目の腹部CTでは胃壁の気腫は消失していた。入院22日目の上部消化管内視鏡では胃粘膜の虚血性変化は治療していた。同日から経腸栄養剤の速度を落とす再開（250ml/hrで1日3回）した。経腸栄養後には胃瘻を解放し胃・腸管ガスの放出を行った。以降も再発なく経過良好で退院となった。今回、胃瘻カテーテルとS状結腸癌のステント留置中に、胃内圧上昇が原因と考えられる胃気腫症を併発し、保存的に治療した一例を経験したため報告する。

16

16 検診で発見された胃心アミロイドーシスの一例

静岡市立静岡病院 消化器内科

○奥村 大志、河合 歩、鈴木 博貴、近藤 貴浩、黒石 健吾、濱村 啓介、田中 俊夫、小柳津 竜樹

【症例】33歳男性。2015年12月、同年7月検診の上部消化管造影にて、胃体部前壁の粘膜下腫瘍を指摘され当科紹介となった。上部消化管内視鏡にて、胃体上部前壁に10mmの粘膜下腫瘍を認め、EUSにて第2層・第3層に境界不明瞭な高エコーな病変を呈した。ボーリング生検にてアミロイド線維がみられ、コンゴレッド染色陽性、過マンガン酸処理後も陽性であった。transthyretin、 β_2 -microglobulin、免疫グロブリン軽鎖(κ 、 γ)ともに特異的な染色結果は得られなかったことより、ALアミロイドーシスと考えられた。また、大腸内視鏡は異常なく直腸生検でもアミロイドの沈着なし。神経所見・家族歴・透析歴のいずれもなく、MyelomaやRAなどの炎症性疾患も否定的であり、胃アミロイドーマと考えられた。CTでは馬蹄腎があり、心エコーにて心室壁運動低下、心室内の伝導障害も認め、心アミロイドーシス合併も示唆された。【考察】アミロイドーシスとは、 β 構造を有する線維性アミロイド蛋白の細胞外沈着によって臓器障害に至る病体であり、特に心臓、腎臓、および消化管が好発部位である。内視鏡所見は、発赤・びらん、粘膜の顆粒状隆起、不整な凹凸などが挙げられ、アミロイド沈着が進行すると難癒の肥厚や結節状の粘膜隆起、潰瘍形成を呈する。アミロイド蛋白のうち、消化管への親和性が高いのは免疫グロブリンL鎖から成るAL型と、炎症の急性期蛋白を前駆体とするAA型である。本症例では、粘膜下腫瘍の形態とびまん性浸潤のUS所見を呈し、胃粘膜下生検でアミロイド線維が存在し初めて診断に至った。さらに胃粘膜、直腸粘膜にアミロイド線維の沈着がなく胃アミロイドと診断した。また、ALアミロイドーシスの多くが、心臓もしくは腎臓に臓器障害をきたす。胃に局限しアミロイドと言えども、病歴や身体所見の詳細な把握、慢性炎症性疾患の有無、心臓・腎臓・肝臓などの重要臓器の病変検索などを検討する必要がある。【結語】検診で発見された胃心アミロイドーシスの一例を経験した。文献的考察を加えてここに報告する。

17

当院における上部消化管出血と抗血栓薬に関する検討

浜松医療センター 消化器内科

○浅井 雄介、栗山 茂、山田 景子、木次 健介、高鳥 真吾、伊藤 潤、松浦 愛、住吉 信一、岩岡 泰志、吉井 重人、影山 富士人、金岡 繁

【背景】近年、心血管疾患（虚血性心疾患、脳血管障害など）を有する高齢者の増加に伴い、抗血栓薬を内服している患者が増加し、その副作用として消化管出血の増加や重篤化が危惧される。【目的】当院の上部消化管出血の現状について、年代による推移と抗血栓薬治療との関連について検討した。【対象と方法】2003～2004年（A群）、及び2013～2014年（B群）の各2年間において、吐血に対して上部消化管内視鏡検査を行い上部消化管出血と診断した症例を対象とした。年齢、性別、基礎疾患、抗潰瘍薬内服の有無、輸血、再出血率に関して、年代と抗血栓薬内服の有無による検討を行った。【結果】両群（A群/B群）の例数は177例/160例で、平均年齢（A群：66.8歳、B群：70.3歳）、抗血栓薬内服者の比率（A群：14.7%、B群：28.8%）と基礎疾患では心血管疾患の合併がB群で有意に高かった。抗血栓薬の内訳はA群ではLDAとticlopidineが多く、B群ではLDA、warfarin、clopidogrel、cilostazol、NOAの順で処方され、抗血小板2剤併用、またさらに抗凝固薬との3剤併用も明らかに増加していた。B群では出血の原因疾患の中で胃潰瘍の占める割合が低下し、輸血に関しては有意に増加していた。再出血に両群間で有意な差はみられなかった。B群のみの検討では、抗血栓薬内服例での抗潰瘍薬併用に関してPPI内服が1/3を占めていたが、酸分泌薬の内服なしも1/3を占めていた。【結論】今回の検討では、10年前より上部消化管出血は増加していないが、より高齢化し抗血栓薬内服が明らかに増加していた。出血予防のためには可能な限りPPI内服が望ましいと考えられた。

18

メタリックステントにより経口摂取が保たれた十二指腸癌の一例

¹ 焼津市立総合病院 消化器内科、² 焼津市立総合病院 病理科

○小平 誠¹、佐野 宗孝¹、寺澤 康之¹、渡邊 幸弘¹、山形 真基¹、久力 権²

症例は73歳男性。脳梗塞の既往あり、左半身不全麻痺の状態。慢性腎疾患、高血圧にて通院中。2015年9月初旬頃から元気が無く、食欲が低下していた。9月24日午後7時から持続的な嘔気嘔吐が出現。当院救急外来受診のうえ入院。CTにて胃から十二指腸にかけての拡張、主静脈の拡張などを認めたためERCPを施行。瘻管のびまん性拡張を認めたが、膵液細胞診は陰性であった。食事摂取可能となり10月22日退院。しばらく症状がなかったが、11月10日夕方から嘔吐が続き、11月12日再入院となった。CTにて今回も前回同様胃から十二指腸にかけての著明な拡張を認め、経鼻チューブでドレナージすることで症状は改善した。11月30日内視鏡検査施行。十二指腸深部まで観察したところ水平脚の肛門側に不整粘膜面及び狭窄を認め組織にて中分化腺癌

が認められた。12月11日内視鏡下にメタリックステント（uncovered 22mmX10cm）を留置。その後食事摂取良好となった。平成28年1月21日の腹部CTで十二指腸の壁肥厚、傍大動脈リンパ節腫大、少量の腹水を認め、十二指腸癌リンパ節転移及び腹膜炎と診断した。1月28日自宅退院。平成28年3月17日から息苦しさが出現。18日3回目の入院。3月25日永眠。剖検は行えなかった。診断に苦慮し、また腎不全のため化学療法が行えなかった十二指腸癌の一例。通過障害に対し内視鏡的ステント留置を行ない、約3ヶ月自宅で生活を送ることができた。教訓的な症例と考え報告する。

19

内視鏡的切除を行った十二指腸孤立性Peutz-Jeghers型ポリープの2例

¹ 三重大学医学部附属病院 消化器・肝臓内科、

² 三重大学医学部附属病院 光学医療診療部

○原田 哲朗¹、葛原 正樹²、作野 隆¹、吉澤 尚彦¹、北出 卓²、田野 俊介²、山田 玲子¹、中村 美咲¹、濱田 康彦²、井上 宏之¹、田中 匡介²、堀木 紀行²、竹井 謙之¹

【症例1】68歳女性。2015年近医の上部内視鏡検診にて十二指腸下行脚にポリープを指摘された。生検で腺腫と診断され、当院紹介となった。当院での上部内視鏡検査では、上十二指腸角を附着部とする3cm大の有茎性ポリープを認めた。ポリープ表面は白色調の分葉状であり、拡大観察では腫大した絨毛状の構造を認めた。主乳頭および副乳頭に異常は認めなかった。下部内視鏡検査では腺腫性ポリープを認めるのみで、カプセル内視鏡検査では小腸にポリープは認めなかった。十二指腸ポリープは悪性の可能性も考えられ、内視鏡的粘膜切除術にて病変を一括切除した。病理診断では、腸型の上皮が増生し、十二指腸腺癌が混在する過誤腫性ポリープの所見を認めた。樹枝状の粘膜筋板の増生を伴っていた。【症例2】75歳女性。2015年4月前医で急性冠症候群に対して冠動脈ステント治療を施行され、アスピリンとクロピドグレルの内服が開始された。同年7月黒色便および貧血進行あり、上部内視鏡検査では出血源を認めず、前医入院となった。下部内視鏡検査が施行され、大腸憩室を認めたが出血はなく、回腸末端には黒色腸液を認めた。小腸出血が疑われ、当院転院となった。カプセル内視鏡検査では十二指腸水平脚より黒色腸液を認め、これより深部は視野不良であった。経口挿入でダブルバルーン小腸内視鏡検査を行ったところ、十二指腸水平脚に15mm大の有茎性ポリープを認め、表面は白色調の分葉状で、出血を伴っていた。十二指腸ポリープが出血源と判断して、内視鏡的粘膜切除術にて病変を一括切除した。病理診断では、症例1と同様に腸型の上皮の増殖と樹枝状の粘膜筋板の増生を認めた。【結論】2例とも十二指腸以外の消化管に過誤腫性ポリープは認めなかった。また皮膚・粘膜の色素沈着の所見はなく、遺伝歴も認めなかった。以上より、十二指腸Peutz-Jeghers型ポリープと考えられた。十二指腸の孤立性Peutz-Jeghers型ポリープは比較的に稀であり、文献的考察を加えて報告する。

20

CAによる硬化療法にて止血しえるも、心筋梗塞を合併し死亡した十二指腸静脈瘤破裂の1剖検例

¹ 木沢記念病院 消化器科、² 木沢記念病院 病理診断科

○森 弘輔¹、足達 広和¹、前田 俊英¹、水谷 しの¹、加藤 潤一¹、安田 陽一¹、杉山 宏¹、杉山 誠治²、松永 研二²、山田 鉄也²

【症例】60歳代、男性。現病歴では以前より肝硬変にて治療中であったが、201X年7月18日に吐血し、19日当院救急外来を受診した。現症では腹水、浮腫は認めなかった。血液検査でHb 6.6g/dlと高度の貧血を認めた。また、T-Bil 3.16mg/dl、ALB 2.4g/dl、PT 36.0%で、Child Cであった。EGDでは出血源は不明であったが、24日に大量の下血をきたした。造影CTでは十二指腸下行脚に静脈瘤を認めたため緊急EGDを行ったところ十二指腸下行脚に赤色血栓が付着したF3の静脈瘤を認め、出血源と診断した。透視下で50%CA溶液10mlづつを出血点の近傍3カ所に注入した。25日のEGDでは止血良好であった。CTでは塞栓物質が十二指腸静脈瘤だけでなく、腎静脈、下大静脈にもわずかに流出していた。肺塞栓の予防のためIVCフィルター留置も考慮したが、留置する場所が右房から腎静脈の間になり、側枝の閉塞や右房内へのフィルター脱落のリスクもあり選択しなかった。その後、再出血、発熱、腹痛、肝機能の悪化はなく、8月8日退院となった。しかし、14日から発熱が出現し再入院となった。抗生剤にて発熱は改善したが、31日に突然、心肺停止となり永眠された。病理解剖では右冠動脈に血栓を認め、心筋梗塞が死因と考えられた。塞栓物質は主として十二指腸静脈瘤、右腎静脈に認め、一部は下大静脈に流出していた。また、十二指腸静脈瘤に二次性血管炎を合併しており、発熱の原因と考えられた。また肺の微小血管にも塞栓物質を認めたが、微量であった。【結論】CAによる硬化療法にて十二指腸静脈瘤破裂は止血しえた

が、塞栓物質が右腎静脈、一部は下大静脈に流出した。よって、CA濃度については再検討すべきと考えられた。

21

黒色吐物にて発見された認知症を有する高齢者における急性壊死性食道炎の1例

順天堂大学医学部附属静岡病院 消化器内科

○佐藤 祥、嶋田 裕慈、成田 論隆、金光 芳生、佐藤 俊輔、甘菜 裕徳、村田 礼人、天野 希、玄田 拓哉、飯島 克順、永原 章仁

【症例】81歳、男性【主訴】黒色吐物【基礎疾患】認知症【現病歴】20XX年3月、誘因なく突然嘔吐し吐物が黒色であったため当院に救急搬送された。上部消化管出血を疑われ緊急上部消化管内視鏡検査を施行したところ切歯列30cmより食道胃接合部直上まで黒苔を有する全周性の潰瘍性病変を認めた。食道胃接合部には明瞭な境界を認め、また胃および十二指腸下部までに活動性出血の原因となりうる所見は認めなかったことから壊死性食道炎(内視鏡分類 Stage 2)と診断、緊急入院となった。【入院後経過】入院時TP 5.6 g/dl、Alb 3.1 g/dlと栄養状態は悪かったが絶食、補液、エソメプラゾール20mg/dayの投与を行なったところ徐々に全身状態は改善した。流動食より摂食を再開し第16病日に上部消化管内視鏡検査を再検査したところ食道の粘膜損傷は消失し正常化していた。【考察】急性壊死性食道炎は逆流性食道炎との鑑別診断がしばしば困難となる疾患であるが、黒苔に覆われた食道粘膜、EGJで明瞭に境界される所見が特徴的であり鑑別診断は可能である。頻度は内視鏡検査施行症例の0.01~0.28%とされている。重篤な基礎疾患を有する低栄養の高齢者に多いとされ、若年者でも飲酒量の多い症例においてはときにみられることがある。予後は背景の基礎疾患の影響を強く受けるため全体の死亡率は31.8%と高いことが報告されており、的確な診断と適切な治療が重要な疾患である。本症例は認知症を有する高齢者の夫婦二人暮らしで日常的に栄養が不足していたと推測され、これが発症の誘因になったと考えられた。診断後は適切な加療により食道炎は改善させることができたと考えられた。【結語】高齢者として認知症を有するような症例では、背景に慢性的な低栄養状態や多くの基礎疾患を抱えていることがあるため、急性壊死性食道炎の可能性を念頭に置いて慎重に対応していく必要があると考えられた。

22

内服開始後3年後に診断された無症候性のダビガトラン起因性剥離性食道炎の1例

磐田市立総合病院 消化器内科

○乾 航、松浦 友春、犬飼 政美、齋田 康彦、笹田 雄三、高橋 百合美、山田 貴教、辻 敦、伊藤 静乃、間淵 裕行、大庭 行正、尾上 峻也

【はじめに】近年非弁膜症性の心房細動患者に対する新規の抗凝固薬としてダビガトランが使用されるようになった。ワルファリンと異なり食事制限がないことなどから処方も増加しており、ダビガトラン起因性食道炎の症例も散見されるようになってきた。今回我々は、無症状でありながら特徴的な内視鏡所見を呈し診断したダビガトラン起因性食道炎の症例を経験したため報告する。【症例】70歳、男性。67歳で早期胃癌に対してESD施行され治療終了となっており、自覚症状はなかったが、以後施行していた1年毎のEGDにて新たに胸部下部食道に直径10mm大の発赤調病変を認めた。食道癌も疑われたため1か月後にEGD再検査したところ、胸部中部から下部食道にかけて全周性に白色膜様の付着物を認めた。膜様物は注水洗浄では除去が困難だったが、生検鉗子など使用して除去すると、比較的境界明瞭な発赤調粘膜が露出した。特徴的な内視鏡所見からダビガトラン起因性食道炎が疑われたため、抗凝固薬をリバーロキサパンに変更し、2か月後にEGD再検査を行ったところ膜様付着物は認めず、胸部下部食道の10mm大の発赤調病変も消失していた。経過や所見からダビガトラン起因性食道炎と診断した。【考察】ダビガトランの原薬は強酸下で溶解性が高いという特徴があり、酸性の環境を作り出すためダビガトランカプセルには酒石酸が含まれている。この酒石酸が消化器症状の一因であり、食道炎を来す原因ではないか考えられている。ダビガトラン起因性食道炎の報告では内服開始後数日以内に発症することが多く、検索し得た限り長くても数か月以内に発症している。今回3年以上前に開始されたダビガトランが原因で1年前のEGDでは所見の無かった患者に発症したダビガトラン起因性食道炎の症例を経験した。また、今回の症例では内視鏡で特徴的な剥離性食道炎の所見を呈するものの自覚症状に乏しかった。本症例のように、ダビガトラン内服開始後長期無症状の症例においても剥離性食道炎を診断されることがあり、処方後の定期的な内視鏡観察も検討されるべきであると思われた。

23

縦隔炎を契機に発見された食道アニサキス症の1例

磐田市立総合病院 消化器内科

○尾上 峻也、山田 貴教、大庭 行正、間淵 裕行、松浦 友春、伊藤 静乃、辻 敦、高橋 百合美、笹田 雄三、齋田 康彦、犬飼 政美

【はじめに】消化管のアニサキス症は海産物の生食によってアニサキス虫体が消化管に刺入することで生じるアレルギー反応を介する疾患で、そのほとんどは胃アニサキス症であり、食道アニサキス症は稀である。今回我々は、縦隔炎も併発した食道アニサキス症を経験したため、報告する。【症例】症例は79歳、女性。既往歴に逆流性食道炎がある。201X年9月、前胸部絞扼感を主訴に当院救急外来を受診した。諸検査にて虚血性心疾患は否定的であり、胸部CTで縦隔に脂肪織濃度の上昇を認め、症状の原因として縦隔炎が疑われた。炎症所見は画像上胸部中部食道優位であり、食道炎からの炎症の波及も考慮されたため、翌日に当科外来を受診した。上部消化管内視鏡検査を施行したところ、上切歯列より30cmの食道右壁に頭部を刺入したアニサキス虫体と刺入部食道粘膜の限局的な発赤を認めた。鉗子を用いて虫体を摘出し、発赤した食道粘膜を生検した。組織所見では、扁平上皮にリンパ球、組織球に加え好酸球の介在を認めた。症状は上部消化管内視鏡検査施行時には消失しており、血液検査も白血球5300/μl、好酸球384/μl、CRP0.37mg/dlと目立った異常は認めなかった。縦隔炎の原因は食道アニサキスと考えられたため抗生薬は使用せず、症状悪化はなく当科診療を終了した。【考察・結語】アニサキスの刺入部はその多くは胃と小腸であり、食道アニサキス症は比較的稀である。食道アニサキス症では、胸背部症状など虚血性心疾患様の症状を来すことが多いとされ、縦隔炎を併発した例も報告されている。自験例でも縦隔炎を伴っており、食道壁は胃壁に比べて薄いことを考慮して食道アニサキス症においても穿孔を来す可能性は否定できない。稀な疾患ではあるが、胸背部症状や原因不明の縦隔炎を伴う場合には、食道アニサキス症も鑑別として考慮することが肝要と考えられた。若干の文献的考察を含めて報告する。

24

NBI拡大観察が食道上皮下進展診断に有用であった食道胃接合部癌の1例

¹国家公務員共済組合連合会東海病院 内科、²松坂クリニック、³名古屋大学大学院医学系研究科 消化器内科学

○山田 健太¹、田中 達也¹、濱宇津 吉隆¹、北村 雅一¹、石川 英樹¹、丸田 真也¹、鈴木 洋介²、浅井 裕充³、宮原 良二³

【症例】50歳代、女性【主訴】胃部不快感【病歴】2015年5月に胃部不快感のため近医を受診し、上部消化管内視鏡検査が行われた。食道胃接合部に隆起性病変を指摘され、精査加療目的で当院に紹介となった。【受診時所見】腹部は平坦軟で圧痛を認めなかった。【検査所見】腫瘍マーカー(CEA、CA19-9)は正常だった。内視鏡所見は、食道胃接合部に0-IIa+Ic型の隆起性病変を認めた。胃側の病変の頂部に浅い陥凹を認めた。病変の主体は胃側と考えらえたが食道側に縦長の粘膜下腫瘍様の隆起が連続し、上皮下に黄色調の顆粒を認めた。NBI拡大観察では食道側に粘膜下からの圧排による血管の進展と褪色調の顆粒を認めた。背景にバレット上皮は認めなかった。超音波内視鏡では病変は低エコー腫瘍として描出され、大きさは7mm×4mm程度であった。深さは粘膜下層深層と診断した。UGIでは食道胃接合部後壁に径10mm程度の隆起性病変を認めた。CTでは明らかな遠隔転移は認めなかった。当院での生検結果はadenocarcinomaであった。【経過】以上から、食道胃接合部癌T1bN0M0(cstageIA)と診断し、当院外科で腹腔鏡補助下噴門胃切除・下部食道切除術を施行した。病理結果は、Tubular adenocarcinoma, well diff. > tub2, pT1b2 (SM2), ly1, v0, INfb, intpPM0 (17mm), pDfM0 (95mm), pN0 (0/7), stageIAであった。大きさは10mmで胃側に2mm、食道側に8mm浸潤していた。【考察】食道上皮下進展した胃食道接合部癌の一例を経験した。上皮下進展を術前に診断ができたため、確実に断端陰性手術を行うことができた。【結語】食道胃接合部癌の食道上皮下進展診断にはNBI拡大観察が有用だった。

25

止血処置で行ったクリッピングにて穿通するも保存的に治療しえた輸入脚angiectasiaの1例

木沢記念病院 消化器科

○千住 明彦、足達 広和、水谷 しの、前田 俊英、森 弘輔、加藤 潤一、安田 陽一、杉山 宏

【症例】70歳代、女性。既往歴：201X-12年に十二指腸腸にてPD施行、同年に狭心症に対しPCIが施行され、以後LDAを服用。現病歴

では201X-2年に貧血の精査を受けるも不明であった。201X年8月23日に貧血の精査目的にて近医より当科へ紹介された。現症では結膜に貧血を認めるも、腹部に著変はなかった。検査所見ではRBC 336万/μl、Hb 7.0 g/dl、Ht 24.1%、MCV 74.6 fl、MCH 23.7 pg、と小球性低色素性貧血を認めた。来院時に行った単純CTにて胆嚢の異常が疑われたため、25日に精査のため行ったダイナミックCTで輸入脚にextravasationを認めたため同日、経口の小腸内視鏡を施行した。胆管空腸吻合部と輸入脚の先端部との間に径1cm大の絨毛構造が消失し、やや陥凹したangiectasiaを認めた。出血源と診断し、クリップ6個で止血処置を行った。27日に発熱、腹痛を認めたためCTを施行したところクリップ近傍の腸間膜内にairを認め、周囲の脂肪織濃度は上昇していた。クリッピングに伴う穿通性腹膜炎と診断したが、PD後で、輸入脚の再建が困難であること、腹部刺激症状は右上腹部に限局し、airは腸間膜内のみで微小な穿通であると予想されたことから、絶飲食、抗生剤での治療を選択した。30日から腹部症状は改善傾向となり、9月1日のCTでも腸間膜内のairは縮小傾向を示した。検査所見では8月27日のWBC 15630/μl、CRP 18.00 mg/dlをピークとし、以後は改善した。また、貧血の進行も認めず、9月12日に退院となった。10月15日に施行した小腸内視鏡では前回認めた部位にangiectasiaを認めず、現在まで貧血の進行を認めていない。【結論】本症例ではダイナミックCTにて偶然、輸入脚にextravasationを認めたため小腸内視鏡で診断することができた。止血処置で行ったクリッピングにて輸入脚の穿通をきたしたが、保存的に治療しえた。

26

イレウスにて発症し内視鏡的摘除にて軽快した小腸アニサキス症の一例

朝日大学歯学部附属村上記念病院 消化器内科

○富江 晃、中畑 由紀、北江 博晃、福田 信宏、大島 靖広、大洞 昭博、小島 孝雄、八木 信明

【はじめに】小腸アニサキス症は比較的稀な疾患であり、確定診断は一般的に困難とされる。今回、食後数時間後にイレウスを発症しアニサキス虫体を内視鏡的摘除し軽快した症例を経験したので、報告する。【症例】60代、男性。既往歴は、虫垂炎（手術）および胃・十二指腸潰瘍。高血圧にて内服治療中。職業は、寿司職人。【主訴】食後の腹部違和感および嘔吐。【現病歴】2015年2月下旬、夕食にイカや鯖の刺身を摂食後より腹部違和感あり、深夜2時頃より嘔吐出現し、当院救急外来へ受診された。バイタルサインは問題なく、身体所見上は、腹部正中を中心に膨満を認めたが、圧痛や反跳痛、筋性防御などは認めなかった。血液検査では、白血球9600/μl（好中球74.6%）およびCRP1.06mg/dlと軽度上昇を認める程度であった。好酸球の上昇は認めなかった。なお、同日および第7病日の抗アニサキスIgG・IgA抗体は、2.44および2.53といずれも陽性であった。腹部超音波検査では、胃液および腸液の多量貯留のため観察不良であったが、腹水などの所見は認めなかった。腹部単純CT検査では、胃から空腸近位部におよぶ著明な拡張および液体貯留を認め、拡張小腸の末端で小腸壁の肥厚を認め、同部の通過障害に伴うイレウスと診断した。胃管留置にて、1800mlの排便を認めた。同日、緊急上部消化管内視鏡検査を施行したところ、十二指腸空腸曲に発赤・浮腫様粘膜を認め、同部にアニサキス虫体を認めた。生検鉗子にて虫体を把持し、摘除することに成功した。その後、腹部症状は著明に改善し、胃管の排液量も減少したため、第2病日に胃管を抜去した。食事を再開するも経過問題なく、第7病日に退院となった。【結論】イレウスにて発症し、内視鏡的摘除にて軽快しえた小腸アニサキス症の一例を経験した。イレウスの原因として、小腸アニサキス症も鑑別する必要があると考えられた。小腸アニサキス症により壊死や穿孔をきたした報告もあり、早期の診断および治療を行うことが重要と考えられた。

27

術後14年目に再発した小腸カルチノイドの一例

岐阜市民病院 消化器内科

○三輪 貴生、杉山 昭彦、宇野 由佳里、手塚 隆一、小島 健太郎、松浦 加奈、水谷 拓、河口 順二、鈴木 祐介、小木曾 富生、川出 高史、向井 強、林 秀樹、西垣 洋一、加藤 則廣、富田 栄一

【症例】75歳男性。【主訴】腹部腫瘍精査。【既往歴】61歳：小腸カルチノイド切除術。【家族歴】特記事項なし。【現病歴】小腸カルチノイド術後は近医にて経過観察されていた。平成26年3月頃より胃部不快感を自覚したため近医にて平成26年5月21日に上部消化管内視鏡検査を受けるも異常は認めなかったが、同日の腹部CTにて腹部腫瘍を指摘されたため同年6月2日当科紹介となった。血液検査では軽度の貧血とALPの上昇を認めるのみであり、CEAやCA19-9は正常範囲内であった。LDHは正常範囲であったが、可溶性IL2Rは656.0と軽度上昇していた。腹部造影CTでは脾頭部から肝門部にかけて比較的早期か

ら造影効果のある腫大したリンパ節を認め、傍大動脈領域にも腫大したリンパ節を認め、MRCPでは主膵管の拡張や途絶はみられず、膵癌を疑わせる所見は見られなかった。PET-CTでは脾頭部周囲、傍大動脈領域や腸間膜リンパ節にFDGの集積を認めた。組織学的診断のため平成26年6月19日入院し、6月20日にEUS-FNAを施行した。EUS-FNAでの組織像では、類円形核を有する小型の腫瘍細胞が増殖しており、胞巣状構造、索状構造やリボン状構造を呈していた。免疫組織染色ではCD3(-)、CD20(-)、CD56(+)、CD79a(-)、chromogranin A(+)、synaptophysin(+))でありカルチノイド腫瘍の再発によるリンパ節転移と診断した。傍大動脈リンパ節転移も認めることより手術不能と判断し、平成26年7月17日よりオクトレチドの投与を開始した。その後、現在まで腫瘍の増大は認めずSDを維持し外来通院加療中である。【考案】消化管NETは完全切除できたと考えられる症例でも数年から10年後に再発が見つかることがある。本症例のように14年目でも再発することがあり、生涯にわたってサーバイランスを行うべきと考えられた。

28

腸重積をきたした回腸異所性腺の1切除例

¹松阪中央総合病院 外科、

²三重大学医学部附属病院 消化器・肝臓内科

○阪本 達也¹、田端 正己¹、藤村 侑¹、前田 光貴¹、大澤 一郎¹、加藤 憲治¹、岩田 真¹、三田 孝行¹、作野 隆²、原田 哲朗²、中村 美咲²、濱田 康彦²、葛原 正樹²

異所性腺は胃、十二指腸、空腸などの隣近傍に好発し、回腸に発生することは少ない。また、回腸異所性腺は小児期には腸重積や腸閉塞を引き起こし、緊急手術を要することがあるが、多くは無症状に経過し、成人発症はまれである。最近われわれは腸重積を契機に発見された成人回腸異所性腺の1切除例を経験したので報告する。【症例】54歳女性。2009年9月、S状結腸癌(StageIIa)に対し、低位前方切除術+D3郭清を施行した。2010年11月には肝転移に対し肝部分切除を、2012年6月には肺転移に対しRFA焼灼術を施行した。以後外来で経過観察していたが、2015年5月のフォローCTで、左下腹部に小腸拡張像と拡張先端部に腸重積様所見を指摘され、また重積先進部には1cm程度の腫瘍の存在が示唆された。無症状であったが4ヶ月後の2015年9月のCTでも腸重積の解除が得られていなかったことから、11月、精査的に小腸内視鏡検査を施行した。経口内視鏡では十二指腸から3~4mの骨盤部小腸まで観察したが、特に異常所見は認められなかった。経肛門のダブルルーメン小腸内視鏡検査では腸重積は解除されており、回腸に長軸方向に芋虫状に延びる丈の低いながらも立ち上りたりの大きさ2cm程度の粘膜下腫瘍が認められた。また、腫瘍表面には開口部様の小陥凹が存在した。腫瘍部の生検では非特異的な慢性細胞浸潤のみで、粘膜筋板以深の組織は採取できず、確定診断は困難であった。形態からはまず回腸異所性腺を疑い、また、今後腸重積による症状発現の可能性を考慮し、腹腔鏡下にて切除することとした。3ポート(5mm)で操作し、回盲部から回腸を頭側にたどったところ、回腸末端から約1mの部位に逆行性腸重積を認め、腫瘍の口側が拡張していた。重積は容易に解除可能であり、腫瘍の位置を確認後、口側、肛門側とも2cm離して回腸を切除、端々吻合した。摘出標本では、2.5cm×1.5cm大の楕円状の粘膜下腫瘍であり、病理組織学的には粘膜下層から固有筋層にかけて平滑筋組織の増生と腺管組織および付属粘液腺が認められ、異所性腺と診断された。脾腺房組織や内分泌腺は確認できず、Heinrich分類III型であった。

29

診断に難渋した高齢発症小腸型クローン病の一例

聖隷浜松病院

○細田 佳佐、井上 照彬、杉浦 喜一、宮津 隆裕、海野 修平、瀧浪 将貴、小林 陽介、木全 政晴、芳澤 杜、室久 剛、熊岡 浩子、清水 惠理奈、長澤 正通、佐藤 嘉彦、小林 靖幸、大月 寛郎

【症例】73歳女性【既往歴】20歳代・虫垂炎手術、子宮外妊娠手術、30歳代・子宮筋腫手術、72歳・僧帽弁閉鎖不全症手術【経過】X年2月に下血のため当科入院。大腸内視鏡検査において大腸に異常所見はなく、回腸末端に多発潰瘍を認めるも、生検では特異的所見なし。上部消化管内視鏡においては、胃体部小弯および大弯にいわゆる竹の節様の変化がみられた。X+1年7月にイレウスにて入院。同年9月の下部小腸内視鏡においても回腸終末部に多発潰瘍を指摘された。その後イレウスおよび持続する腹痛のため複数入院。X+2年7月のカプセル内視鏡検査においても回腸終末部に多発潰瘍を認めた。2年の経過で回腸の潰瘍性病変は改善せず、病変は回腸終末部に限局しており、クローン病が鑑別に挙げられたが確定診断は困難であった。保存的治療のみでは制御が困難であり、X+2年7月に回腸切除術を施行。回腸に縦走潰瘍を認め、粘膜下から漿膜下に慢性炎症細胞の浸潤を認めた。肉

芽腫性変化はみられなかったが、経過や画像所見、手術所見を総合してクローン病と診断した。術後も腹痛、下痢などの症状が持続し、X+2年9月にインフリキシマブを導入。以後症状は改善し、発症5年以上を経るも外来にて経過観察中である。【考察】クローン病は若年者に好発し、70歳以上の発症は稀とされる。本例は画像診断上、縦走潰瘍を指摘することができず、生検や手術標本においても肉芽腫性変化がみられず診断に難渋したが、経過等総合してクローン病と診断した。高齢者においても、原因不詳の下部消化管潰瘍性病変の診断にあたっては、クローン病も考慮する必要があると思われる。

30

アダリムマブの投与期間短縮の効果—当院におけるクローン病症例での検討

¹名古屋大学大学院医学系研究科 消化器内科学、

²名古屋大学医学部附属病院 光学医療診療部

○丹羽 慶樹¹、渡辺 修¹、中村 正直¹、山村 健史²、松下 正伸¹、中野 有泰¹、大島 啓嗣¹、佐藤 淳一¹、齋藤 雅之¹、松浦 倫三郎¹、水谷 泰之¹、澤田 つな騎¹、石川 恵里¹、松坂 好平¹、大野 栄三郎¹、宮原 良二¹、川嶋 啓輝¹、廣岡 芳樹²、後藤 秀実¹

【目的】現在潰瘍性大腸炎、クローン病 (CD) など炎症性腸疾患難治例に対する選択肢として生物学的製剤である infliximab (IFX)、adalimumab (ADA) の使用の機会が増えてきており当院も例外ではない。今回我々は ADA 導入したが、効果不十分のため ADA の投与期間の短縮を行った CD 患者について患者背景と治療効果について検討した。【方法】当院にて ADA を当初2週間間隔で投与されていたが、効果不十分のため7日に投与期間を短縮した CD 症例6例を対象とした。臨床活動度を IOIBD score を用いて評価し、ADA の投与期間短縮による治療効果を検討した。投与短縮後に IOIBD score が0または1点となった症例を寛解、短縮前後で2点以上低下した症例を有効とした。【成績】6例の内訳は男性3例、女性3例、平均年齢は38.5歳 (26-54歳)、平均罹病期間は14.3年 (5.2-29.2年) であった。病型は小腸大腸型が3例、大腸型が2例、小腸型が1例、腸管切除術が5例で施行されていた。ADA 期間短縮時の併用薬は5-ASA製剤+azathioprine が2例、5-ASA製剤+PSL が1例、5-ASA製剤+6-mercaptopurine が1例、PSL+tacrolimus が1例 (腎移植後症例)、5-ASA製剤のみが1例であった。全例が IFX を中止され ADA に変更となっていたが、IFX の中止理由は、4例が IFX の副作用 (3例: infusion reaction, 1例: 難治性関節炎)、1例が痔瘻痛発生、1例が IFX の効果減弱であった。ADA 開始から短縮までの期間は平均632.8日で、ADA の投与期間短縮前の IOIBD score は平均35.5点で、短縮後の平均は2.3点であった。投与期間短縮後に寛解となったのは1例 (腎移植後で PSL と tacrolimus 併用例、期間短縮後の IOIBD score = 0) で、有効例は2例であった。【結論】IFX から ADA に変更後、ADA の効果不十分な CD6 症例に ADA の投与期間を短縮し、1例で寛解、2例で有効性が認められた。ADA 導入後効果が得られない場合、期間を短縮して使用することも治療の選択肢の一つと考えられた。

31

消化管カルチノイドを契機に診断された多発性神経内分泌腫瘍症1型の1例

¹刈谷豊田総合病院 内科、²刈谷豊田総合病院 病理診断科

○池上 脩二¹、坂巻 慶一¹、濱島 英司¹、中江 康之¹、仲島 さより¹、久野 剛史¹、三浦 眞之祐¹、大橋 彩子¹、鈴木 孝弘¹、大脇 政志¹、溝上 雅也¹、恒川 卓也¹、山本 怜¹、伊藤 誠²

【症例】58歳、女性【主訴】健診胃透視異常【既往歴】原発性副甲状腺機能亢進症 (2008年 他院で3腺摘出術)、2型糖尿病、脂質異常症、高血圧症、子宮筋腫術後【内服薬】エゼチミブ、テネリグリブチン、テルミサルタン【家族歴】父: 尿路結石 弟: 多発性嚢胞腎【現病歴】2015年1月、健診の上部消化管内視鏡検査にて十二指腸前壁及び胃体上部大弯に単発の黄白色の隆起性病変を認め、生検より神経内分泌腫瘍 (neuroendocrine tumor: 以下 NET) と診断された。ダイナミック CT では膵頭部に早期相で濃染される直径6mm大の結節を認めた。US や PET-CT では膵病変は指摘困難であったが、空腹時血中ガストリン値が2200と高値であったから膵ガストリノーマが疑われた。まず胃、十二指腸 NET に対して6月17日、それぞれESD、EMRCを施行し一括切除した。病理組織では粘膜固有層から粘膜下層に掛って胞果状の NET を認め、免疫染色では十二指腸病変のみ gastrin (+) であった。6月23日、選択的動脈内カルシウム注入試験 (SACI試験) を施行し、胃十二指腸動脈 (GDA) からの造影で膵頭部に濃染域を認め、GDA のみでグルコン酸カルシウム負荷後早期に著明な血中ガストリン値の上昇を認めたため、膵頭部ガストリノーマ疑いにて9月29日、亜全胃温存膵頭十二指腸切除術を施行した。摘出標本では十二指腸乳頭近傍

の膵実質内に7×3mm大の硬い灰白色結節性病変を認め、病理組織では腫瘍細胞のリボン状、網目状増殖を認め、小型立方状~多角状で核小体を伴う類円形顆粒状核を伴っていた。免疫染色では Synaptophysin (+)、Chromogranin A (+)、gastrin (-)、MIB-1 labeling index 1%未満であり P-NET (G1) と診断した。画像上は明らかな下垂体病変を指摘できなかったが、原発性副甲状腺機能亢進症の既往及び膵、消化管内分泌腫瘍から多発性神経内分泌腫瘍症 (MEN) 1型と診断した。その後の画像フォローアップではいずれも再発無く経過している。【結語】消化管 NET を契機に診断された MEN1 型の症例を経験したため、文献的考察を加え報告する。

32

門脈血栓症の2例

刈谷豊田総合病院 内科

○鈴木 孝弘、仲島 さより、濱島 英司、中江 康之、坂巻 慶一、久野 剛史、三浦 眞之祐、大橋 彩子、池上 脩二、大脇 政志、溝上 雅也、恒川 卓也、山本 怜

【症例1】62歳、男性。【主訴】心窩部痛。【既往歴】糖尿病。【現病歴】2015/7/15から心窩部痛が出現し、近医にて治療したが改善なく、7/21に当科に紹介受診、同日入院となった。WBC 10300/μl, PLT 70.3×10⁴/μl, PT-INR 1.23, APTT 65%, 造影CTでは、門脈、脾静脈、上腸間膜静脈に血栓を認め、脾梗塞があったが、腸管虚血を疑う所見は認めなかった。絶食、抗生剤治療、ヘパリンによる抗凝固療法を開始した。腹痛症状や炎症所見は軽快し、第8病日より食事を開始した。第10病日、血小板が32.8×10⁴/μlと低下、HIT抗体が陽性であり、第11病日にダビガトランエテキシラトに変更した。同日、急激な腹痛が出現しCTにて、小腸の広範な壁肥厚と造影効果の低下を認めた。腸管虚血の可能性が高いと判断し、緊急手術を考慮したが、本人、家族が希望せず、手術以外の集中治療を行ったが第45病日に永眠となった。【症例2】29歳、女性。【主訴】心窩部痛。【既往歴】なし。【現病歴】2015/10/14に妊娠25週で切迫早産のため、他院に入院。妊娠36週の12/25に骨盤位のため、緊急帝王切開術を施行した。12/30に突然の心窩部痛が出現したが、翌日に退院となった。しかし症状が消失せず、2016/1/6に受診した。CTにて門脈内から上腸間膜静脈にかけて血栓を認め、同日入院し、絶食、ヘパリンによる抗凝固療法を開始したが、消化器内科常勤医不在のため、1/8に当院へ転院搬送となった。WBC 6200/μl, PLT 30.5×10⁴/μl, PT-INR 1.0, D-DYD 2.5μg/ml, 造影CTでは、門脈、上腸間膜静脈に血栓を認めたが、腸管虚血を疑う所見は認めなかった。転院後の第6病日のCTでは、上腸間膜静脈の血栓は残存していたが、肝内門脈の血栓はほぼ消失した。第8病日より食事を再開し、第10病日よりワルファリンの内服を開始した。第22病日のCTでは、門脈、上腸間膜静脈内の血栓はさらに縮小を認めた。経過良好のため第25病日に退院となった。【考察】非肝硬変における門脈血栓症は非常に稀で、症状が非特異的であり、早期診断が困難な場合が多い。しかし治療開始時期が予後を左右するため、腹痛の鑑別の際に念頭に置く必要があると考えられた。

33

食道亜全摘+胸壁前有茎空腸再建の半年後にイレウスを呈した心嚢内ヘルニアの一例

愛知医科大学 消化器外科

○安井 講平、佐野 英司、宮地 正彦、大橋 紀文、齋藤 卓也、松村 卓樹

症例は60代男性。既往歴にアルコール性精神病、胃癌に対して幽門側胃切除B-2再建の手術歴、また約半年前に胸部中部食道癌に対して右開胸開腹胸部食道亜全摘3領域郭清+胸壁前有茎空腸再建の手術歴がある。胸のつかえ感を主訴に受診し精査を行った。エコー検査では拡張した有茎空腸と心嚢内に心嚢を圧排する構造物を認めた。CT検査では心嚢内に拡張した腸管と closed loop を認め心嚢内ヘルニアによるイレウスと診断した。同日緊急で開腹術を施行した。胸壁~上腹部正中切開し、有茎空腸と横隔膜、腹膜の癒着を剥離すると、横隔膜胸骨部が3x2cm欠損し心嚢内と直結しており、約20cmの有茎空腸が心嚢内にヘルニアを起こし嵌頓していた。腸管を引き出しイレウスは解除された。腸管は発赤していたが壊死はないと判断した。ヘルニア門を縫合閉鎖し、腹膜を4x5cm切離し腹膜パッチとして縫合固定した。手術時間1時間16分、出血量30mlであった。術後の経過は問題なく、5PODに退院とした。今回我々は術前診断の可能であった、食道全摘術後の後期合併症として稀な疾患である心嚢内ヘルニアを経験した。文献的考察も加えて報告する。

34

多発胃潰瘍を伴う食思不振の精査でACTH単独欠損症の診断に至った一例

刈谷豊田総合病院 消化器内科

○大橋 彩子、坂巻 慶一、浜島 英司、中江 康之、仲島 さより、久野 剛史、三浦 眞之祐、鈴木 孝弘、池上 脩二、大腸 政志、溝上 雅也、恒川 卓也、山本 怜、井本 正巳

【症例】68歳、男性。【主訴】食思不振、体重減少。【既往歴】虫垂炎手術、両足骨折。【処方歴】なし。【飲酒歴】なし。【現病歴】2014年6月頃から食事を受け付けなくなった。2015年1月に近医でCT、上部消化管内視鏡検査（以下GIS）を施行。CTにて右甲状腺に低吸収域あり。甲状腺機能は異常なく、細胞診では腺様癌甲状腺腫の疑いであった。GISにて多発胃潰瘍を認め、生検結果はGroup1。悪性所見を認めず様子をみていたが食思不振は改善せず、体重は1年間で25kg減少した。2015年6月5日に当科受診し入院となった。【現症】身長163cm、体重43kg、BMI 16.2。体温36.0℃、血圧81/58mmHg、脈拍92bpm。全身ろいそう。腹部は平坦かつ軟で圧痛なし。黒色便なし。【検査結果】血液検査では低Na血症（Na130mEq/l）、正球性貧血（Hb12.0g/dl）を認めた。腹部USでは数mm大の胆石を認めた。造影CTでは、低栄養の影響か、肝内門脈周囲に低吸収域を軽度認めた。頭部CT、MRIでは特記所見を認めなかった。【経過】胃潰瘍が食思不振の原因と考え、入院第2病日にGISを施行したが、一時PPIの投与歴もあり多発胃潰瘍は前医よりも縮小傾向で、生検結果はいずれもGroup1であった。入院後PPIを継続するも食事は摂れず、第7病日にNa110mEq/lで意識障害をきたし、Na補正を要した。食思不振の原因検索のため、第6病日に血中ホルモン値を測定。結果はコルチゾール1.1μg/dl、ACTH 2.0pg/ml以下で副腎不全の状態であった。第22病日よりステロイド補充を開始。治療は著効し食欲は速やかに回復した。4者負荷試験にてCRH負荷試験のみ反応低値で、ACTH単独欠損症の診断となった。下垂体MRIでは異常所見を認めなかった。【考察】食思不振の原因として当初は胃潰瘍を疑い、鑑別として胃癌や胃MALTリンパ腫等を考えたが、潰瘍は体部前後壁に向かい合って多発しており、辺縁は整って、悪性を疑う所見には乏しかった。本症例より、消化器症状が主訴であっても消化器疾患以外にも念頭におく必要があると考えられた。【結語】多発胃潰瘍を伴う食思不振の精査でACTH単独欠損症の診断に至った一例を経験した。

35

ネフローゼ症候群を合併した腹膜中皮腫の1例

¹名古屋市立西部医療センター 消化器内科、
²名古屋市立西部医療センター 腎臓・透析内科

○山東 元樹¹、遠藤 正嗣¹、菅 憲広²、田中 翔¹、寺島 明里¹、中西 和久¹、尾関 智紀¹、西垣 信宏¹、山下 宏章¹、小島 尚代¹、平野 敦之¹、木村 吉秀¹、土田 研司¹、妹尾 恭司¹

【症例】66歳男性【既往歴】65歳：鼠径ヘルニア手術【生活歴】職業：消防士（25～60歳）【現病歴及び経過】右下腹部痛にて近医を受診し精査目的に当院へ紹介受診となった。造影CTでは腸間膜内の結節性病変と肝表面腹膜肥厚を認め右腋窩および左鼠径リンパ節腫大を認めた。FDG-PETでは肝下部腹膜肥厚部、腹腔内結節に一致してSUV max11.3の集積亢進と右腋窩、左鼠径リンパ節に集積亢進を認めた。画像検査より癌性腹膜炎、結核性腹膜炎などの可能性が疑われたが、上下部内視鏡検査では特記すべき所見を認めず、ツベルクリン反応は弱陽性、結核菌特異的IFN- γ 試験は陰性であった。左鼠径部腫大リンパ節生検を施行し、生検標本から大小不同を伴う類円形の高倍率腫大核と明瞭な核小体、豊富な淡好酸性細胞質を有し多数の分裂像を伴う異型細胞の充実性～乳頭状増殖像を認め、免疫染色ではcytokeratin AE1/AE3 (+) calretinin (+) cytokeatin 5/6 (+) D2-40 (+) membranous EMA (+) CEA (-) であり上皮型腹膜中皮腫と診断した。全身化学療法（CDDP + PEM療法）を開始し主病変はやや縮小傾向で現在治療継続中である。また、尿タンパク4+（随時尿：4.7g/gCr）、ALB 2.7g/dlを認めネフローゼ症候群と診断したが中皮腫播種のリスクがあるため腎生検は施行せず微小変化型を疑いステロイドや免疫抑制薬を投与している。【考察】腹膜中皮腫は胸膜中皮腫と比較して症例数が少なく標準治療は確立されていない。切除ないし腹腔内化学療法が奏功した報告もあるが、本症例ではリンパ節転移を認めており全身化学療法による治療を選択した。CDDP + PEM療法を導入し病勢制御を得られている。ネフローゼ症候群の合併と併せ、若干の文献的考察を交えて報告する。

36

当院で化学療法を施行した腹膜悪性中皮腫の3症例

豊川市民病院 消化器内科

○小林 由花、宮木 敏、大山 展、神野 成臣、百瀬 淳子、柴田 俊輔、藤岡 一敏、名倉 義人、的屋 奨、中村 誠

【緒言】悪性中皮腫は胸膜・腹膜・心膜などの中皮より発生する稀な悪性腫瘍で、胸膜に発生することが多いが、10～15%は腹膜に発生する。切除不能な腹膜悪性中皮腫には化学療法が施行されるが、治療は確

立しておらず予後不良である。今回、胸膜悪性中皮腫の化学療法に準じ、シスプラチン（CDDP）などの白金製剤とベメトレキセド（MTA）の併用療法を施行した腹膜悪性中皮腫の3症例を報告する。【症例1】74歳、男性。アスベストの暴露歴なし。平成26年5月に体重減少、食欲不振を主訴に当院を受診した。CTで腹腔内多発腫瘍と腹水を認め、腹腔鏡下生検にて悪性中皮腫と診断した。CDDPとMTAによる化学療法を5クール行い、効果判定はSDであったが、骨髄抑制、嘔気、食欲不振が見られ化学療法を中止した。その後全身状態が悪化し、第217病日に永眠した。【症例2】72歳、男性。アスベストの暴露歴あり。平成27年5月に便秘、腹部膨満を主訴に当院を受診した。CTで腹腔内多発腫瘍と胸腹水、気胸を認めた。胸水細胞診から悪性中皮腫を疑い、腹腔鏡下生検からも悪性中皮腫が証明された。気胸に対し手術と胸膜癒着療法を行った後、CDDPとMTAによる化学療法を行った。2クール行った時点で効果判定はSDであったが、嘔気嘔吐も悪化し経口摂取不良となった。以降は緩和療法のみとなり、第123病日に永眠した。【症例3】80歳、男性。アスベストの暴露歴あり。平成27年8月に腹部膨満、食欲不振を主訴に当院を受診した。腹水細胞診にて悪性中皮腫が疑われたが、腹腔鏡下生検は行わず、カルボプラチンとMTAによる化学療法を1クール行った。その後発熱、嘔気が出現し、以降は緩和療法のみとなった。疼痛悪化、経口摂取不良となり第223病日に永眠した。【考察】腹膜悪性中皮腫は胸膜悪性中皮腫の治療法である白金製剤とMTA併用療法が奏功することが示唆された。しかし、画像上は効果的と診断しても、嘔気や全身状態の悪化のため、化学療法の継続が困難となっている。化学療法を行うことが全身状態を悪化させている可能性もあり、副作用を考慮しながら治療を行うことが必要と考えられる。

37

直腸カルチノイドを合併したクローン病の一例

¹三重大学医学部 消化器・肝臓内科、
²三重大学医学部 光学医療診療部

○三浦 浩嗣¹、中村 美咲¹、作野 隆¹、原田 哲朗¹、葛原 正樹¹、濱田 康彦¹、田中 匡介²、堀木 紀行²、竹井 謙之¹

症例は25歳、女性。既往歴は特になし。約3年前から時々腹痛を認めていたが、医療機関は受診せず。2014年に出産し、その後体重減少を認めた。出産後から腹痛発作のため、入院を繰り返していた。2016年4月初旬に下血を認め、近医にて大腸内視鏡検査を施行した。回盲部に深ばれ潰瘍と狭小化を認め、回腸末端への内視鏡の通過は困難であった。このため、クローン病の疑いで当院紹介となる。当院にて大腸内視鏡検査を施行した際、直腸下部に7mm大の黄白色の粘膜下腫瘍を認めた。組織検査でカルチノイドの診断となり、内視鏡的治療（ESD）施行となる。その後、回盲部狭窄が腹痛発作の原因と考えられたため、外科にて腹腔鏡下回盲部切除術を施行した。術中小腸検索にて小腸に数カ所縦走潰瘍痕を認め、術中所見、組織所見よりクローン病と診断された。炎症性腸疾患は消化管癌の関連性が近年報告されている。潰瘍性大腸炎からのcolitic cancerの他、クローン病でも小腸の悪性腫瘍の関連が報告されている。カルチノイドと炎症性腸疾患の関連性ははっきりしていないが、近年カルチノイドの診断は増加している。今回、我々はクローン病に直腸カルチノイドを合併した症例を経験したため、文献的考察を含めて報告する。

38

潰瘍性大腸炎に合併した悪性リンパ腫の1例

豊橋市民病院 消化器内科

○南 喜之、山本 英子、浦野 文博、藤田 基和、内藤 岳人、山田 雅弘、松原 浩、植月 康夫、木下 雄貴、片岡 邦夫、飛田 恵美子、山本 和弘、山本 崇文、松田 宣賢、岡村 正造

【はじめに】潰瘍性大腸炎（ulcerative colitis: UC）患者では大腸癌の合併が知られている。また免疫調整剤や抗TNF- α 抗体の長期投与によりリンパ腫の発症リスクが高まるとの報告もある。今回我々はUC発症4年で直腸に限局したびまん性大細胞型B細胞リンパ腫（DLBCL）を合併した1例を経験したため報告する。【症例】70歳代男性【主訴】下痢、血便【既往歴】高血圧症【現病歴】2012年12月に下痢、血便を主訴に当院を受診し、全大腸炎型UCと診断した。ステロイド抵抗性であり、またサイトメガロウイルス感染も併発したことから免疫調整剤（CyS, AZA）およびガンシクロビルにて寛解導入を図り、以降5ASA, AZAで寛解維持療法を行った。経過中は1回/年の下部消化管内視鏡検査（TCS）を行ってきた。【経過】定期検査として2016年1月に行ったTCSでは、大腸全域に潰瘍治癒後の瘢痕や炎症性ポリープを認めるもののUCの活動性所見はなく粘膜治癒が得られていた。しかし直腸に耳介状の周堤を伴う全周性の陥凹性病変を認めた。陥凹は厚い白苔に覆われており、管腔の伸展は比較的良好であった。当初生検では炎症細胞の浸潤を認めるのみで特異的な所見は得られなかつ

たが、悪性リンパ腫を強く疑い施行した3回目の生検にて異型リンパ球の浸潤を認め、免疫染色でCD20 (+) でありDLBCLの診断に至り、今後化学療法を予定している。【考察】UC患者の長期経過中に種々の合併症を伴うことはよく知られている。大腸癌に関しては慢性炎症由来し、長期経過例、全大腸炎型などが危険因子とされている。一方、UCと悪性リンパ腫の発症については関連ありとする報告と関連なしとする報告がある。また、UCに悪性リンパ腫を合併する例ではUC発症から10年以上経過している事が多い。本症例は、発症から4年で悪性リンパ腫を併発した稀な症例であった。

39

盲腸MALTリンパ腫の1例

¹安城更生病院 外科、²安城更生病院 消化器内科

○余語 孝乃助¹、平松 聖史¹、後藤 秀成¹、関 崇¹、陸 大輔¹、鈴木 優美¹、竹内 真美子²、新井 利幸¹

症例は68歳、男性。便潜血陽性に対して前医にてCFを施行、回盲部に1型腫瘍を指摘された。同部位からの生検から盲腸MALTリンパ腫：CD20 (+)、CD3 (-/accessory)、BCL2 (+/focal)、CD10 (-)、CD5 (-)、CD56 (-)、cyclin D1 (-)と診断された。骨髄生検、胸腹部CT、全身PET-CTでは遠隔転移を認めず、臨床病期 I と診断された。H. pylori除菌を施行し経過観察されていたが、二次除菌に失敗し、初回から3ヶ月後のCFでは腫瘍増大を認めた。HP除菌不応例として薬物療法目的で当院紹介となった。薬物療法を予定したが、その際の治療効果に伴う消化管穿孔の可能性も考慮し、まず手術を施行した。開腹すると回盲弁にかかる形で盲腸に腫瘍を触知した。口側、肛門側にそれぞれ5cmのマージンを確保し回盲部切除術を施行した。切除標本の病理組織学的検査にてLow-grade B-cell lymphoma, MALT type : CD3 (-)、CD5 (-)、CD10 (-)、CD20 (+)、BCL2 (-)、IRTA1 (+)、IgG4 (-)と診断した。術後経過は概ね問題なく、術後20日目に退院した。退院後、薬物療法としてリツキシマブ8コースを施行した。治療評価は、cCRであった。大腸MALTリンパ腫は直腸に多く、盲腸原発のMALTリンパ腫は比較的可成りまれな疾患である。文献的考察を加え報告する。

40

便潜血検査陽性を契機に診断したマントル細胞リンパ腫の1例

¹浜松医科大学 臨床腫瘍学講座、²浜松医科大学 第一内科、

³浜松医科大学 臨床研究管理センター、

⁴浜松医科大学 光学医療診療部

○濱屋 寧¹、鈴木 崇弘²、田村 智²、杉山 智洋²、高野 亮佑²、鏡 卓馬²、森 泰希²、鈴木 聡²、市川 仁美²、谷 伸也²、佐原 秀²、大石 慎司²、若泉 守哉²、高垣 航輔²、大澤 恵⁴、古田 隆久³、杉本 健²

【症例】70歳代女性。【主訴】便潜血反応陽性。【既往歴】パセドー病、慢性糸球体腎炎による慢性腎不全で血液透析中、高血圧症。【生活歴】喫煙なし、飲酒なし。【現病歴】慢性腎不全のため2014年より近医で血液透析を行っていたが2015年8月ごろより赤血球造血刺激因子製剤に対して反応しないHb 7.0g/dl程度の貧血が続いていた。貧血の原因精査のため便潜血検査を行ったところ陽性であったため2015年12月に当院を紹介となった。理学所見には貧血を認める他には異常はなかった。下部消化管内視鏡検査でS状結腸から上行結腸に表面にびらんを伴う大小不同の粘膜下腫瘍様の小隆起が多発し、回盲弁に5cmほどの1型腫瘍を認めた。また有茎性ポリープに見える病変も横行結腸に認められた。生検及びEMRを行ったところ、組織学的には小型から中型異形リンパ球の充実性、緩い結節状増殖を認めた。免疫組織化学的にはCD5 (+)、CD20 (+)、CD79a (+)、bcl-2 (+)、cyclinD1 (+)、bcl-6 (+)、CD30 (scattered+)、CD3 (-)、CD10 (-)、CD21 (-)、CD23 (-)、MUM1 (-)でありマントル細胞リンパ腫と診断した。可溶性IL-2レセプターは6056U/mlと高値であった。FDG-PETでは空腸から回腸、回盲部、上行結腸などの腸管、頸部から骨盤部の多数のリンパ節、脾臓にリンパ腫病変を認めていた。骨髄浸潤もあり臨床病期4b、予後予測MIP1中間リスクであった。当院血液内科で減量CHOPによる化学療法を1コース行ったが無効であり、リツキシマブ、ホルテゾミブ、デキサメタゾンの投与を開始しリンパ腫病変の縮小が得られ外来化学療法を継続中である。【考察】マントル細胞リンパ腫は本邦における非ホジキンリンパ腫の2%程を占める。診断時にすでに節外性病変を認める例が多く、消化管病変の頻度は20-30%と報告され、典型的な消化管病変は本例のような多発するmultiple lymphomatous polyposisである。消化管原発のマントル細胞リンパ腫はまれであるが、腸管浸潤の内視鏡所見を知ることは重要と考えられるため若干の考察を加え報告する。

41

回結腸間膜脂肪肉腫の1例

豊橋市民病院 消化器内科

○植月 康太、山田 雅弘、浦野 文博、藤田 基和、内藤 岳人、山本 英子、松原 浩、片岡 邦夫、木下 雄貴、飛田 恵美子、山本 和弘、松田 宜賢、南 喜之、山本 崇文、岡村 正造

【症例】72歳、男性。【主訴】血便、貧血進行。【既往】狭心症、慢性心房細動、2型糖尿病、前立腺肥大症。【現病歴】当院循環器内科、内分泌内科に定期通院中に貧血の進行、血便を認め当科紹介となった。抗血小板薬、抗凝固薬を内服中であったため入院精査となった。【検査所見】血液検査ではHb 7.9 (g/dl)、Ht 24.8 (%), MCV 82.7 (fL)と小球形低色素性貧血を認めた。CEAやCA19-9などの腫瘍マーカーの上昇は認めなかった。腹部造影CT検査にて上行結腸に長径100mm程度で辺縁優位に造影効果を伴う類円形腫瘍を認めた。腫瘍は回盲弁から連続するように認識された。周囲脂肪織濃度の若干の上昇、終末回腸に壁肥厚所見を認めた。明らか遠隔転移を認めなかった。下部消化管内視鏡検査では同部位に内腔に突出する鶏卵大で弾性硬、表面平滑な腫瘍を認めた。腫瘍は回盲弁より連続する亜有茎性の粘膜下腫瘍様病変として観察された。終末回腸には軽度浮腫所見、びらんを認めた。生検結果はGroup1で異形細胞は認められなかった。【経過】以上より同腫瘍による重積により血便を来していたと判断し、右半結腸切除術+リンパ節郭清術 (D3) を実施した。病理組織学的検査の結果、上行結腸間膜もしくは後腹膜原発の脂肪肉腫、組織型は粘液型と考えられた。術後経過は順調で術後第7病日に退院した。【まとめ】軟部組織に発生する悪性腫瘍の中で脂肪肉腫の頻度は高いが、その中で腸間膜に発生する例はまれである。脂肪肉腫はWHOの組織型分類で4種類の組織型に分けられているが、組織型によりその予後が大きく異なることが報告されている。本症例は粘液型とされ、中間悪性度とされているが、今後も厳密な経過観察が必要であると考えられる。腹腔内脂肪肉腫はその組織型により多彩な画像所見を呈しその術前診断は難しく、本報告でも術前に診断することはできなかった。その精度を上げるためには、さらに症例を重ねて画像所見の検討を行っていく必要があると考えられる。

42

GISTと鑑別が困難であった下行結腸の神経鞘腫の1例

聖隷浜松病院 消化器内科

○木全 政晴、芳澤 社、杉浦 喜一、井上 照彬、宮津 隆裕、海野 修平、瀧浪 将貴、小林 陽介、室久 剛、清水 恵理奈、熊岡 浩子、細田 佳佐、長澤 正通、佐藤 嘉彦

症例は65歳女性。2007年10月当院耳鼻科にて歯肉癌に対して術前化学療法、腫瘍切除、術後放射線治療を施行。2008年9月に経過観察目的でPET-CTを施行したところ、下行結腸遠位部にFDGの集積が認められ当科に紹介となった。CTでは同部位に径12mmほどの腫瘍を認め、早期相で漸増性に造影された。大腸内視鏡施行をしたところ、下行結腸遠位部に粘膜下腫瘍を認め、EUSでは筋層から連続する内部がやや粗造な径12mm×12mmの低エコー腫瘍として描出された。画像所見からGISTあるいは平滑筋腫が疑われ、PET-CTにてFDGの集積があることより手術を勧めたが希望されなかったため、経過観察の方針とした。その後、半年毎の腹部超音波と年に1回のPET-CTを施行し著変は認めなかったが、2015年7月のPET-CTにて腫瘍部にFDGの集積の増強を認め、大腸内視鏡では粘膜下腫瘍はやや増大していた。手術に同意され同年10月に当院大腸肛門科にて腹腔鏡下行結腸切除術が施行された。病理では紡錘形細胞の粗密のある増生を認め、一部柵状配列もみられた。免疫染色ではs100 (+)、c-kit (-)、CD34 (-)、desmin (-) であり、神経鞘腫と診断した。今回、稀な下行結腸の神経鞘腫の一例を経験したので報告する。

43

輪状潰瘍を呈した虚血性大腸炎の1例

¹焼津市立総合病院 消化器内科、²焼津市立総合病院 病理科

○小平 誠¹、山形 真基¹、渡邊 幸弘¹、寺澤 康之¹、佐野 孝宗¹、久力 権²

症例は79歳女性。平成27年8月26日夕食に生イカを摂取。同日21時頃から左下腹部痛が出現。軽度の嘔気を伴ったが嘔吐や下痢はなかった。最終排便は8月25日で毎日少しずつ出していた。症状が改善しないため救急外来受診。白血球11540と炎症反応が認められたが、Hb12.1と貧血はなかった。グリセリン浣腸で少量排便あり、ソセゴン使用などで改善傾向であったが経過観察目的に入院。入院後絶食補液にて保存的治療を行ない改善。退院前に大腸内視鏡を施行したところS状結腸に多発憩室及び輪状傾向を示す潰瘍を認めた。組織は非特異的炎症像を示すのみであった。多発憩室と分布が重なったためdiverticular colitisも考えられたが、急性の経過から虚血性腸炎と考えた。しかし内視鏡では一般的に認められる縦走潰瘍は認めず、むしろ輪状傾向の潰瘍病変を呈した。2015年の胃と腸では輪状潰瘍を特徴とする疾患と

して、腸結核、NSAIDs起因性腸炎、急性出血性直腸潰瘍が挙げられているが、虚血性大腸炎も輪状潰瘍がみられる疾患として紹介されている。内視鏡像の多様性を認め興味ある一例と考え報告する。

44

S状結腸癌術後の19年目に発症した吻合部虚血性腸炎の1例

岐阜市民病院 消化器内科

○宇野 由佳里、三輪 貴生、手塚 隆一、小島 健太郎、松浦 加奈、水谷 拓、河口 順二、鈴木 祐介、小木曾 富生、川出 尚史、林 秀樹、向井 強、杉山 昭彦、西垣 洋一、加藤 則廣、富田 栄一

患者は75歳男性。平成8年にS状結腸癌でS状結腸切除術(tub1, pSS, pN0, ly1, v1, fStageII)を施行された。術後化学療法としてUFTをしばらくの間、内服した。その後の経過は良好であり、また平成18年2月の経過観察の大腸内視鏡検査では異常はなかった。その後当院外科に通院していた。しかし平成27年8月上旬より下腹部に鈍痛が出現した。また便秘や下痢などの便通異常に気付いたが下血はみられなかった。当院外科に通院中であり、10月2日の腹部CT検査でS状結腸の高度の浮腫性肥厚がみられたため虚血性腸炎の疑がわれて10月6日に当科に紹介受診となった。10月14日に大腸内視鏡検査を施行したが、出血はみられなかったものの肛門より30cmから直腸まで連続する粘膜の浮腫とチアノーゼ様変化が観察されたため虚血性腸炎と診断した。また直腸からS状結腸に連続する全周性の壁の肥厚と粘膜の浮腫がみられた。一方、腹部造影CTやMRIでは下腸間膜動脈基部の狭窄がみられた。また血液検査では自己抗体等の免疫系検査はいずれも正常範囲内であった。また腫瘍マーカーも陰性であった。以上より吻合部虚血性腸炎と診断して当科に入院となった。動脈の閉塞予防として抗血小板薬(アスピリン製剤)を開始して、保存的に経過観察したが自覚症状の改善が得られ、さらに10月29日の内視鏡検査では浮腫は軽快したために退院となった。その後もアスピリン製剤の投薬を持続していたが、平成28年2月25日のCFではS状結腸粘膜の著明な改善がみられ経過観察である。以上、S状結腸癌術後の19年目に発症した吻合部虚血性腸炎の稀な1例を報告した。

45

短期間で進行癌として発見された大腸低分化腺癌の2例

¹三重大学医学部付属病院 消化器・肝臓内科、

²三重大学医学部付属病院 光学医療診療部

○作野 隆¹、濱田 康彦²、原田 哲朗¹、中村 美咲¹、葛原 正樹²、田中 匡介²、堀木 紀行²、吉澤 高彦¹、北出 卓²、田野 俊介²、山田 玲子¹、井上 宏之¹、竹井 謙之¹

大腸癌のうち比較的稀とされる低分化腺癌は、診断時すでに進行した症例が多いとされ、前年の大腸内視鏡では明らかな病変は認めなかったにも関わらず進行癌として発見された大腸低分化腺癌2例を経験したので報告する。症例1は42歳女性。便通異常で当院通院中の方で、7か月前の経過観察目的の大腸内視鏡で明らかな病変は指摘されていなかった。下腹部痛と腹部膨満感で当院を受診しCTを施行したところS状結腸に全周性の壁肥厚とこれによる狭窄を認めた。大腸内視鏡を施行したところS状結腸に長い狭窄があり経肛門の減圧困難と考慮、外科的に減圧を行った。術中の所見でS状結腸の周囲組織への浸潤と腹膜播種を認めたため回腸人工肛門造設術施行した。播種結節の組織で低分化腺癌を認めた。症例2は65歳女性。7年前に血便精査で施行された大腸内視鏡で盲腸に直径40mm大のLSTを認め、分割EMRを行った。病理結果で粘膜層までの腺腫内癌であり、その後は定期的な内視鏡検査を行っていた。直前の経過観察目的の大腸内視鏡で明らかな病変は指摘されていなかったが、1年7ヶ月後に血便を認め大腸内視鏡を施行したところ、下部直腸にびまん性の粘膜不整あり、生検で印環細胞癌成分を含む低分化腺癌との組織結果であった。大腸低分化腺癌は本邦報告例で22~58%と比較的まれである。癌の占拠部位では右側結腸に多いとされるが、2例とも左側結腸であった。肉眼型としては3.4型の浸潤型が多く、SS以深の進行症例が多い。リンパ管、静脈侵襲が高率で、リンパ節転移や腹膜播種が多いとされる。低分化腺癌は分化型腺癌から発生するものが主であるとされるが、2例とも前年の内視鏡では明らかな病変はなく、その後の内視鏡で進行癌として発見されており、*de novo*発生の低分化腺癌であった可能性が考えられる。低分化腺癌は診断時、既に進行した症例が多く、生物学的悪性度の高い予後不良な腫瘍であることが考えられるが、その頻度は低く詳細な発育進展は不明である。大腸低分化腺癌は、進行が極めて早い症例もあり、いかに早期に発見するかが重要で、今後の症例の蓄積が必要であると考える。

46

ブラシ細胞診にて診断し得た全周性狭窄を有する上行結腸癌の1例

富士宮市立病院 内科

○石田 夏樹、井上 照彬、兼子 直也、樋口 友洋、加藤 雅一、森 雅史

【症例】68歳、男性。【主訴】腹部膨満。【現病歴】2015年10月下旬より腹部膨満が出現した。11月1日より排便がなくなり、11月6日に近医を受診した際の腹部X線写真にてニボー像を認めた。同日当院を紹介受診して造影CTにて上行結腸癌による大腸閉塞が疑われたため入院となった。【既往歴】40歳頃に痔核で手術。【入院時検査成績】WBC 10300/μl, Hb 16.0g/dl, PLT 33.2万/μl, BUN 30.1mg/dl, Cre 0.87mg/dl, CRP 1.28mg/dl, CEA 2.6ng/ml, CA19-9 5.9U/ml。【入院経過】入院日に大腸内視鏡検査(CS)を施行したところ、上行結腸肝彎曲付近に全周性狭窄の病変が認められた。しかし内視鏡所見は腫瘍性変化に乏しい粘膜構造で、良性疾患による狭窄の可能性も考えられた。当初大腸ステントを留置する予定であったが、同部の生検を施行した後に経鼻イレウスチューブを留置して終了とした。しかし病変部からの生検結果はgroup1の診断であったため、再検を行う方針となり、入院第8病日に2回目のCSを施行した。初回CS所見同様に腫瘍性変化に乏しい粘膜所見であった。狭窄部より口側へガイドワイヤーが通過可能であったため、狭窄口側の病理学的評価を行う目的でブラシ細胞診を行ったところ、Class Vでadenocarcinomaを強く疑う所見であった。第21病日に当院外科にて腹腔鏡下右半結腸切除術を施行し、上行結腸癌adenocarcinoma(tub1>pap), type3, N0, M0, pStageIIAの診断であった。経過良好にて第30病日に退院した。【結語】ブラシ細胞診にて診断し得た全周性狭窄を有する上行結腸癌の1例を経験した。多少の文献的考察を加えて報告する。

47

画像的な経過を後ろ向きに検討可能であった虫垂囊胞粘液腺癌の1例

JA 愛知厚生連豊田厚生病院

○田中 かずみ、喜田 裕一、岩下 紘一、伊藤 裕也、竹内 敦史、森田 清、都築 智之、西村 大作、世古口 英、久留宮 康浩

【症例】74歳女性【主訴】検診の便潜血陽性、無症状で来院【既往歴】C型肝炎、肝硬変、肝細胞癌で肝部分切除、食道静脈瘤、早期胎盤剥離【経過】H28年2月、精査のため大腸内視鏡検査を施行したところ、上行結腸間膜付着側に広範囲に大量の粘液、膿汁の付着を認め、明らかな腫瘍は指摘できなかった。一部隆起性変化もしくは浮腫のような所見があり、易出血性であった。同部位より生検施行した。この時の病理結果は腫瘍性変化は認めないものの、はっきりとした診断を得ることはできなかった。その後、肝硬変フォローのために約半年に一度撮影されていたCT画像を遡っていくと、H25年9月、H26年2月、H26年9月のCTで虫垂先端が継続的に腫脹しており、虫垂原発の腫瘍が上行結腸に浸潤し、腸管内に粘液産生性の病変を作っていると考えられた。遠隔転移は認めず、手術適応ありの診断にてH28年3月、上行結腸切除術を施行。開腹後、十二指腸にも一部浸潤を認めたため、同時に切除した。リンパ節転移も認め、ステージ2と診断された。術後経過は良好で第13病日に退院となった。【病理組織検査】虫垂先端に腺癌組織を認め、上行結腸の腫瘍との連続性を認めた。腫瘍は結腸の漿膜側から粘膜下に拡がっており、一部大腸憩室粘膜に連なっていた。【考察】虫垂囊胞粘液腺癌は、虫垂に粘液を貯留し囊胞を形成する比較的多い疾患で、術前診断は極めて困難とされている。本症例は、画像的な経過を後ろ向きに検討可能であったが、経過中での早期診断はできず結腸への浸潤による便潜血を契機に検査を行うことで診断がなされた。本疾患の自然経過を理解するうえで示唆に富む症例と考えられ、若干の文献的考察を含めて報告する。

48

当科における閉塞性大腸癌の短期成績およびカテゴリー別治療戦略

岐阜大学 腫瘍外科

○篠田 智仁、松橋 延寿、高橋 孝夫、加藤 順子、佐々木 義之、今井 寿、田中 善宏、奥村 直樹、山口 和也、長田 真二、吉田 和弘

【はじめに】閉塞性大腸癌においてステント治療が2012年に保険収載され、治療戦略が大きく変わりつつあるのが現状である。ステント治療によって腸管減圧することで緊急手術の回避はもとより、一期的吻合を可能とする症例を増加させることができるようになった。一方で手術のタイミングをはじめとして、腹腔鏡手術の是非、StageIV症例におけるステント挿入したままの術前治療など検討すべき事項が多いのが現状である。当科は閉塞性大腸癌において積極的に大腸ステント治療を行い、一期的吻合を目標としており当科の成績および現在の治療方針について報告する。【方法】2013年6月から2016年2月末までに術前大腸ステント治療を行った閉塞性大腸癌31例において比較検討を行った。またその結果を踏まえて現時点での治療方針の妥当性を検討した。【結果】男女比は18例:13例、開腹群14例、腹腔鏡群17例であった。また術式における手術時間は開腹群:262.7分、腹腔鏡群:

210.3分、出血量は開腹群：210ml、腹腔鏡群：10mlであった（出血量のみ有意差あり）。StageIV症例は10例認め術前治療（ステント挿入のま）された症例は1例であった。一次的吻合は28例（90.3%）に行われていた。また同時多発瘻を4/31（12.9%）に認めた。合併症は開腹群4/14（28.6%）、腹腔鏡群3/17（17.6%）に認めたがClavien-Dindo分類3b以上の症例は認めなかった。【結語】閉塞性大腸癌において積極的ステント治療および一次的吻合を行い短期成績は容認できると思われた。またStageIV症例においても化学療法を加えることでconversion therapyが可能となり治癒が望める症例が出現するためステント治療における当科のcategory別に分けた治療戦略を報告する。

49 潰瘍性大腸炎の経過中に肺血栓症を併発した1例

焼津市立総合病院 消化器内科
○山形 真基、渡邊 幸弘、佐野 宗孝、寺澤 康之、小平 誠

症例は45歳、男性。2年前に血便・下痢を主訴に初診。全大腸炎型の潰瘍性大腸炎と診断し外来で治療を継続していたが、メサラジンならびにアザチオプリンでアレルギーの出現あり。サラゾスルファピリジンは使用可能であったが寛解には至らず、ステロイドを導入し改善するが、漸減に伴う再燃を繰り返しステロイド依存性であった。その後インフリキシマブを導入し、約2週間後に労作時呼吸困難の出現あり、精査で肺血栓症と診断し入院となった。ヘパリン持続点滴で治療を行ったが、インフリキシマブが奏効し抗凝固療法に対して下血はなく、肺血栓の縮小を認め退院した。退院後インフリキシマブの継続投与でステロイドは漸減・中止可能となり、半年後に肺血栓は消失し抗凝固療法も終了となり、寛解を維持している。潰瘍性大腸炎の腸管外合併症として血栓症は約1%と比較的稀であり、本例のように全大腸炎型で活動期に多いとされている。血栓症の多くは深部静脈血栓症で死亡率が高いが、今回我々は抗凝固療法とインフリキシマブによる寛解導入で良好な経過が得られた症例を経験したので報告する。

50 mesalazineによる薬剤性肺炎を併発した潰瘍性大腸炎の1例

浜松医療センター 消化器内科
○岩岡 泰志、山田 景子、浅井 雄介、木次 健介、高鳥 真吾、伊藤 潤、松浦 愛、栗山 茂、住吉 信一、吉井 重人、影山 富士人、金岡 繁

【はじめに】潰瘍性大腸炎(UC)の治療はsalazosulphapyridine(SASP)に比較してより副作用の少ないmesalazine(5-ASA)が主に第一選択薬となっており、その効果に関しては内服のみならず注腸製剤においても有用性が広く認められている。その一方でmesalazineによる呼吸器系副作用が報告されるようになってきており、炎症性腸疾患の治療中に肺障害を来した場合に留意すべき重要な病態である。今回mesalazine内服開始後に薬剤性肺炎が出現したUCの1例を経験したので報告する。【症例】26歳男性。201X年3月中旬より1日5~6回の下痢が出現するようになった。4月初旬より血便・腹痛を伴い、5月中旬当科を紹介受診。大腸内視鏡にて全結腸炎型潰瘍性大腸炎と診断、初期治療としてmesalazine 4000mg/日の内服を開始した。約10日後より38~39℃の熱発・咽頭痛が出現したため精査加療目的で入院。初回は急性咽頭炎と考え抗生剤等の投与を行うも改善せず。mesalazine開始約2週間後に胸部CTを施行したところ、両肺上葉に多発性の小斑状影・粒状影を認めた。原因としてmesalazineによる薬剤性肺炎を疑い直ちに中止、prednisolone(PSL)30mg/日によるステロイド治療を開始した。同時期に測定したmesalazineに対するDLSTはステロイドの影響もあり偽陽性であった。PSL投与は速やかに解熱し肺炎所見は順調に改善。同時にUCに関しても下痢・血便などの消化器症状は消失し寛解が得られた。退院後外来にて徐々にステロイドを減量の上、UCに対する維持療法としてazathioprine25mg/日を新たに投与した。現在まで慎重に経過観察を続けているが、いずれの所見も再燃なく経過している。【考察】箱田らによるとmesalazineによる薬剤性肺障害の報告例は20例余りと非常に稀ではあるが、炎症性腸疾患の症例数が増加している昨今においては今後更に増えていく可能性がある。またUCに伴う腸管外病変としての肺障害も報告されており、mesalazineによる治療中に肺障害を来した場合それらの鑑別が非常に重要と思われる。若干の文献的考察を加え報告する。

51 病原性大腸菌感染を併発した高齢発症潰瘍性大腸炎の一例

岐阜赤十字病院 消化器内科
○小川 憲吾、高橋 裕司、鷺見 聡子、杉江 岳彦、松下 知路、名倉 一夫

【症例】69歳、男性、高血圧症・高尿酸血症で通院中、既往歴に特記すべき事項なし。2014年6月14日から5~6行/日の水様便を認め、近医で

整腸剤や止痢剤の処方を受けるも改善せず6月25日精査目的で当科紹介入院。身長170cm、体重68.3kg、体温36.7℃、血圧114/61mmHg、脈拍95回/分、血便(-)、WBC 8200、Hb 14.7、CRP 9.65、血沈17mm/h、BUN 22.6、CRE 3.08、FENa 0.1。大腸内視鏡検査にて直腸から上行結腸まで、血管透見消失・びらん・発赤・浮腫・白苔着着を伴った粘膜面の連続あり。内視鏡所見からは潰瘍性大腸炎(UC)も疑われたが、便培養にて毒素産生大腸菌(ETEC)(血清型O-25)が検出され、ETEC感染性大腸炎と診断。輸液による脱水補正と抗生剤(LVFX初回500mg/日後に250mg/日を計14日間)内服にて加療し第17病日に退院。外来にて内視鏡所見の軽快を確認した。その後は症状消失していたが、2015年4月13日から4.5行/日の泥状便が出現し4月23日に当科受診。便培養にて前回同様に大腸菌(血清型O-25)を検出したが、抗生剤(LVFX250mg/日を7日間)内服にも症状改善せず4月30日に再入院。初診時と類似の内視鏡所見を認め、検出菌に感受性良好な抗生剤が無効なことからUCと診断し、メサラジン3000mg/日内服を開始。症状および内視鏡所見の改善傾向を認め第16病日に退院。【考察】腸管感染症は、しばしば炎症性腸疾患(IBD)に合併しその増悪因子や難治化の原因となるが、それ自身がIBDの成因の一つである可能性も示唆されている。活動性UCやIBD診断時に比較的高率に病原性大腸菌が検出されたとの報告もある。IBDの発症には遺伝的素因と環境的素因が複雑に絡み合っていると考えられ、感染性腸炎の既往がIBD発症の危険因子であったとの報告もあるが、先行感染とIBD発症の関係については推測の域を出ない。UC類似の内視鏡所見を伴う感染性腸炎の診療にあたってはUCの潜在や遅発性発症を念頭に慎重な経過観察が必要であると思われる。

52 臨床的改善持続中発症6年でcolitic cancerが発生した潰瘍性大腸炎の1例

名古屋市立大学大学院医学研究科 消化器・代謝内科
○谷田 諭史、溝下 勤、尾関 啓司、片野 敬仁、林 則之、西江 裕忠、稲垣 祐祐、志村 貴也、久保田 英嗣、森 義徳、片岡 望洋、城 卓志

【症例】症例33歳、男性。主訴 下痢、血便。家族歴なし。2008年7月から下痢および血便出現、近医受診。大腸内視鏡検査にて潰瘍性大腸炎(全大腸炎型)と診断され、ベンタサ開始。改善なく2009年2月当院紹介となった。PSL(60mg)で治療開始。PSL減量にて寛解に至らずアザチオプリン追加し、寛解に至るも白血球減少にて中止。PSL7.5mgのみで寛解維持となった。2009年12月再燃、12月末からアダリムマブ開始。以後臨床的改善を維持できた。2012年10月再燃、アダリムマブ(80mg)増量。2014年3月内視鏡検査にて直腸に粘膜不整を認め、生検にてグループ5と診断、5月外科治療のため入院となった。身体所見:結膜貧血なく、心肺腹部異常所見なし。大腸内視鏡再検査にて全大腸に潰瘍性大腸炎活動性炎症、潰瘍所見があり、直腸(Rs)浅い不整形潰瘍所見を認めた。生検にて不整腺管所見から高分化腺癌と診断し大腸全摘を行った。病理診断は、0-IIb, 9×10mm, tub1, pTis(m), Ly0, v0であった。【考察】長期間の臨床的改善状態であったが潰瘍性大腸炎発症5年8か月でcolitic cancerが発生した。5-ASA、アザチオプリン不耐でありアダリムマブ、ステロイド併用でもcomplete mucosal healingを得ることができなかったことが、炎症性腸病の誘因になったと考えられた。

53 難治性Clostridium difficile感染症に対する糞便微生物移植療法(fecal microbiota transplantation)の著効した2例

¹名古屋大学大学院医学系研究科 消化器内科学、
²名古屋大学医学部附属病院 光学医療診療部
○松下 正伸¹、渡辺 修¹、中村 正直¹、山村 健史²、中野 有泰¹、大島 啓嗣¹、佐藤 淳一¹、齋藤 雅之¹、石川 倫三郎¹、水谷 泰之¹、澤田 つな晴¹、丹羽 慶樹¹、松浦 忠理¹、船坂 好平¹、大野 栄三郎¹、川嶋 啓揮¹、宮原 良二¹、廣岡 芳樹²、後藤 秀実¹

【背景】難治性Clostridium difficile感染症(CDI)はバンコマイシン塩酸塩(VCM)やメトロニダゾール(MNZ)の内服治療後も高率に再燃し、米国では罹病者と死亡例の増加が大きな社会問題となっている。その難治性CDIに対し、海外では糞便微生物移植療法(fecal microbiota transplantation: FMT)の有効性が多数報告されている。当院でも難治性のCDIに対し、FMTを施行し著効した症例を経験したため、ここに報告する。【症例1】80歳代男性。C型肝硬変、肝細胞癌のTACE治療の既往有り。2015年6月より、Clostridium difficile 腸炎と敗血症あり、VCM、MNZ、プロバイオティクス治療を行うも2度再燃。8月末日に、下痢はないが38度台の発熱と悪寒があり再入院した。腹部CTにて肝臓病が指摘され、肝臓病穿刺を施行。穿刺培養液からはClostridium difficileが検出された。当院倫理審査部門に諮り承認を得、患者本人及

び家族の同意を得た上でドナーを選別、10月にFMTが施行された。以後6ヶ月、CDIは再燃していない。【症例2】80歳代男性。2015年7月大腿骨頸部骨折と、人工骨頭置換術を施行。以後、下痢発熱と偽膜性腸炎が発生。リハビリ病院及び市中中核病院にてVCM、MNZ投与を行うも、これまでに数回再燃していた。2016年1月末、再びCDI再燃し市中中核病院より当科に相談あり、患者本人及び家族の同意を得、そしてドナー選別を行った上で同年2月、当院においてFMTを施行した。以後2か月、Clostridium difficileによる再感染症状は発生していない。【考察】FMTは未承認手技であるという問題と、その社会的影響力から慎重でなくてはならず、また、適応、ドナーの範囲、選択基準、投与量、処理方法、投回数については議論の余地のある所である。今回の経験についての解析と若干の文献的考察を加え、今回報告する。

54

当院における糞便移植療法の安全性

藤田保健衛生大学 消化器内科

○宮田 雅弘、河村 知彦、堀口 徳之、大森 崇史、前田 晃平、城代 康貴、生野 浩和、小村 成臣、大久保 正明、中野 尚子、鎌野 俊彰、石塚 隆充、田原 智満、長坂 光夫、中川 義仁、柴田 知行、大宮 直木

【背景】糞便移植療法（以下FMT）は海外においてClostridium difficile感染症（以下CDI）に対する有用性が証明され、近年ではIBDをはじめ様々な疾患で臨床応用が検討されている。今回、当院における糞便移植の安全性について検討する。【対象・方法】臨床倫理委員会、医学研究倫理審査委員会承認のもと2016年1月より自主研究としてFMTを開始した。当院における適応疾患はCDI、クローン病、潰瘍性大腸炎で、CDIは既存治療（メトロニダゾール、バンコマイシン使用）で2回再発を来した症例、クローン病、潰瘍性大腸炎は既存治療に抵抗する症例を対象とした。レシビエントの年齢制限はなく、ドナー選択基準は、20歳以上の2親等以内の健康な親族や健康な配偶者、または患者本人より直接指定のあった健康知人としている。ドナースクリーニングとして上部、下部内視鏡、血液検査、糞便検査施行し、異常が指摘されなかったドナーから糞便の提供を受け施行した。FMTに要する費用は患者側の自己負担とし、健康被害が生じた場合の治療費用は、生産物賠償責任保険より賄われることとした。対象は2016年1月～2016年3月に当院においてFMTを施行した5例。（男/女：3/2、年齢中央値56歳、20-58歳）。5例とも潰瘍性大腸炎患者であり、ステロイド依存例4例、再燃緩解型1例であった。FMTは、移植当日に採取したドナーの新鮮な糞便を生理食塩水で溶解、均質化した後、フィルターで濾過した溶液をFMTに使用した。レシビエントは腸管洗浄剤内服後に大腸内視鏡を行い、盲腸で糞便溶液を注入した。施行後は1時間床上安静とした。安全性の評価としてはFMT後1日、1週、2週、8週目に発熱、下痢、腹痛、便回数、血便の有無等の臨床症状の日誌確認、血液検査（血算、生化）を施行し、有害事象を検討した。【結果】1例のみFMT施行直後に便意を伴う腹痛認められたが、その他特に有害事象は認めなかった。【結語】FMTに伴う重篤な合併症は現時点で認められておらず、安全性は比較的高いと思われる。今後さらに症例を蓄積し、安全性、有効性について報告する。

55

潰瘍性大腸炎に対する腹腔鏡下大腸全摘術における当科の工夫と治療成績

名古屋大学大学院医学系研究科 消化器外科

○中山 吾郎、服部 憲史、江坂 大輔、田中 千恵、小林 大介、岩田 直樹、林 真路、神田 光郎、山田 豪、杉本 博行、小池 聖彦、藤原 道隆、藤井 努、小寺 泰弘

【はじめに】潰瘍性大腸炎に対する腹腔鏡下大腸全摘（LTC）+回腸肛門吻合術（IAA）の特徴は、(1)操作範囲が広く手技が煩雑である、(2)手術時間が長い、(3) pouch topと肛門との距離を把握しにくい、(4)術者の育成が難しい等の問題点がある一方で、視野が良好で、(5)特に骨盤深部の解剖が確認しやすいなどの利点がある。今回、当科でのLTC+IAAに対する工夫をビデオで供覧すると共に治療成績について報告する。【当科の工夫】上記に対応して、(81) 視野移動の最小化と助手手順の定型化により手術手順の簡略化を図る、(2) 最小限の外側アプローチによる振動を原則とし、手術時間の短縮や癒着性イレウスの防止を図る、(3) 小腸間膜授動や回腸間膜開窓に加え、回結腸動脈-右結腸動脈（もしくは中結腸動脈右枝）アーケードの温存により回結腸動脈を切離した場合の回腸囊血管を担保する、また症例に応じて pouch bed として小腸間膜温存（TMP）を行い回腸囊のテンションを最小にする、(4) アニマルラボでのトレーニングプログラムにより術者の育成を図る、(5) hiatal ligament と回腸囊の縫着により直腸の生理的癒着を再現して肛門機能の向上をはかるとともに cuff abscess の予防を行う。【治療成績】方法：当科で行った潰瘍性大腸炎に対する大腸全摘術135例を対象とし、腹腔鏡下手術群（LTC群）105例と開腹手術

群（OTC群）30例の短期治療成績について後ろ向きに比較検討を行った。結果：LTC群/OTC群の手術時間中央値：362/286分、出血量中央値：111/153mlであり、両群間に差を認めなかった。また、Clavien-Dindo分類 grade II以上の術後合併症発生率は29%/36%で、LTC群2例で後出血による再手術が行われた。【結語】潰瘍性大腸炎に対する腹腔鏡下手術は諸々の工夫により開腹手術と同等の成績が得られる可能性が示唆された。現在当科ではLTCに対する前向き観察研究を実施計画中である。

56

度重なる穿孔を繰り返して治療に難渋した大腸型クローン病の1例

¹岐阜大学 腫瘍外科、²岐阜大学 形成外科

○土屋 博¹、松橋 延壽¹、高橋 孝夫¹、棚橋 利行¹、松井 聡¹、今井 壽¹、田中 善宏¹、山口 和也¹、長田 真二¹、吉田 和弘¹、加藤 久和²、神山 圭史²

【はじめに】大腸型クローン病（直腸病変）において穿孔、Fournier's gangreneを併発するも軽快、しかしその後2度の穿孔性腹膜炎を来すも救命した上で会陰部の皮弁形成術を含めた残存直腸病変を切除し根治術を施行した1例を経験したため報告する。【症例】57歳、男性。37歳時にクローン病、難治性痔瘻を発症し、免疫抑制薬・ステロイドによる治療をされていた。2013年8月下旬消化管穿孔し、後腹膜・腹腔内腫瘍、左骨盤・臀部・下肢軟部組織感染症発症し、当院救急室にて穿孔部のS状結腸切除術・双孔式横行結腸人工肛門造設術が施行された。術後難治性痔瘻からの感染が原因と思われるFournier's gangreneとなり、会陰部のdebridement後に左大腿～右下肢にかけての分層植皮を施行され、同年3月退院となった。その後、2014年2月と2015年5月の2度にわたり残存直腸断端部より直腸穿孔を引き起こし、いずれも手術は穿孔部の単純閉鎖、ドレナージ術が施行された。度重なる穿孔の原因としては、残存直腸におけるクローン病の悪化を契機に難治性痔瘻、会陰部軟部組織感染症・植皮の影響による肛門部の完全狭窄でドレナージ不良となることが原因と考えられ、当科にコンサルトとなった。手術は残存直腸および難治性痔瘻部を全切除する方針とし会陰欠損部に対する皮弁形成術は形成外科と合同手術となった。【手術所見】会陰部は難治性痔瘻・植皮による癒着拘縮が著しく、また皮膚・軟部組織の欠損が大きい。右有茎前外側大腿皮弁・植皮にて会陰部再建を施行した。3度の穿孔が原因と考えられる瘻周囲の強固な癒着および肛門近傍にかけての難治性痔瘻影響と更にはFournier's gangrene後のdebridementの影響も強く、癒着拘縮石灰化も存在し会陰操作においては慎重を要した。術後は、創部感染もなく、皮弁形成による下肢拘縮などもみられず順調に軽快し、第25病日に退院となった。術後5ヶ月経過した現在社会復帰している。【結語】大腸型クローン病が穿孔を来した場合には重篤な感染症に陥ることもあるが自験例のような経過を辿ることは稀であり経過概要を含めて報告する。

57

術前CT検査で診断可能であった特発性大網捻転症の2例

¹春日井市民病院 消化器科、²春日井市民病院 内視鏡センター

○隈井 大介¹、平田 慶和¹、岡山 幸平¹、山本 友輝¹、小島 悠輝¹、松本 朋子¹、菅野 琢也¹、木村 幹俊¹、奥田 悠介¹、羽根田 賢一¹、池内 寛和¹、森川 友裕¹、望月 寿人²、高田 博樹²、祖父江 聡¹

【症例1】22歳 男性。2013年1月5日から腹痛出現。1月7日未明より腹痛が悪化し近医受診。右側腹部痛と腹膜刺激症状が認められたため、当院紹介受診。血液検査所見にてWBC12000/μ CRP15.36mg/dLと炎症反応高値を認め、腹部骨盤部単純CTにて右季肋部腹腔内に脂肪織濃度上昇とその中心部に血管の渦巻き状所見を認めたため、大網捻転と診断した。外科コンサルトし、緊急手術となった。右上腹部の腹壁に癒着し壊死している大網も認められたため、癒着を剥離し壊死大網の部分切除した。術後経過は順調であり、術後5日目に退院した。【症例2】20歳 男性。2015年3月初旬から心窩部痛が出現したが様子を見ていた。3月20日に部位が右下腹部に移動し、腹痛の悪化を認めたため、当院受診。腹部骨盤部単純CTで上行結腸腸腸間膜の脂肪織濃度上昇を認めたが、血液検査所見では炎症反応の軽度上昇のみであったため上行結腸炎疑いにて経過観察とした。その後も腹痛の改善を認めないため、3月23日に当院再診し、腹部骨盤部単純CTと血液検査の炎症反応は著変ないものの、反跳痛と筋性防御が出現したため大網捻転疑いにて入院治療とした。絶食・LVFX内服にて保存的治療を行ったが、腹痛の改善が認められないため、入院3日目に外科コンサルトにより、緊急手術となった。大網が上行結腸と右下腹壁に癒着して腹壁の癒着部から捻転している所見を認め、捻転部より末梢側の鬱血がみられ、癒着部の大網剥離を行った。術後問題なく、術後6日目に退院した。【結語】特発性大網捻転症は稀な疾患であり、術前診断が困難とされている。腹部骨盤部単純CTにて術前診断し得た2例を経験したため、若干の文献的考察を加えて報告する。

全身性アミロイドーシスの患者に発生した直腸腸管気腫症・後腹膜気腫症の1例

¹安城更生病院 外科、²安城更生病院 消化器内科

○鈴木 貴也¹、平松 聖史¹、後藤 秀成¹、関 崇¹、陸 大輔¹、鈴木 優美¹、竹内 真実子²、新井 利幸¹

症例は、75歳、男性。1年前から全身性アミロイドーシスの加療中であつたが、病状は進行し、心臓・腎臓など多臓器にアミロイドーシスを認め入院中であつた。突然の腹部膨満・下腹部痛を訴え当科紹介となつた。腹部は膨満し、腹部全体に圧痛を認め、軽度の筋性防御を認めた。腹部単純CT検査を施行すると直腸壁、後腹膜腔、膀胱左側腔に気腫像を認めた。下部消化管穿孔を疑い、同日緊急手術を施行した。開腹すると、腹腔内汚染はなく、直腸、S状結腸の浮腫状の気腫性変化は認められたものの穿孔は認めなかった。後腹膜から左側腹膜外腔にかけて気腫性変化を認めた。穿孔部位は特定できないものの後腹膜気腫と術中診断しドレーンを留置した。後日、血尿精査のため施行した膀胱造影検査で造影剤の流出を認め、膀胱穿孔も伴っていた。ドレーンによる保存的治療で軽快し、術後第15病日のCTでは気腫像は消失した。アミロイドーシスに続発する腸管気腫症はまれであり、文献的考察を加えて考察する。

59

腸管重複症の1例

¹浜松医療センター 消化器内科、

²浜松医療センター 消化器外科

○松浦 愛¹、花岡 智彦¹、山田 景子¹、浅井 雄介¹、木次 健介¹、高鳥 真吾¹、伊藤 潤¹、栗山 茂¹、住吉 信一¹、岩岡 泰志¹、吉井 重人¹、影山 富士人¹、大菊 正人²、西脇 由朗²、金岡 繁¹

症例は36歳女性、主訴は腹痛。既往歴・生活歴に特記事項なし。200X-1年10月頃から臍下部に鶏卵大の腫瘍を自覚していた。200X年7月19日から腹部全体の張り感・鈍痛を認め、7月24日近医受診。受診時に腹痛は消失していたが、右下腹部に可動性良好な腫瘍を触知し、腹部エコーで5cm大の充実性腫瘍を認めたため、7月30日に当院紹介受診となった。CTで腸間膜に造影効果のある厚い壁を有する嚢胞や石灰化を有する6×3×3cmの腫瘍を認め、MRIで拡散制限はあってもごく軽度であった。術前診断は困難であつたが、Malignant potentialをもつ病変も鑑別に挙がり、9月30日腫瘍摘出術施行。腫瘍は横行結腸間膜に存在し、中結腸動脈から栄養されていた。病理では胃・腸管粘膜や固有筋層が見られ、腸管重複症と診断された。腸管重複症は先天奇形であり、定義としては平滑筋に覆われ、内面に消化管粘膜を有するものとされる。咽頭から肛門に至る消化管のどの部位にもみられるが、頻度としては回盲部が最も多い。形状により嚢胞状・管状、本来の消化管との交通の有無により交通型・非交通型に細分される。術前診断は一般に困難であるが、約30%に胃粘膜を含むため、99mTcシチングラフィによる異所性胃粘膜の描出によって診断されることもある。Malignant potentialを有するため治療としては手術適応である。成人の腸管重複症は比較的稀な消化管奇形であり、術前診断は困難なことが多く、他の疾患が除外された際は本症を考慮する必要がある。

60

成人盲腸重複症の1例

¹磐田市立総合病院 消化器外科・外科、

²磐田市立総合病院 消化器内科

○深澤 貴子¹、宇野 彰吾¹、遠藤 佑介¹、清水 雄嗣¹、曾根田 亘¹、飯野 一郎太¹、鈴木 淳司¹、神藤 修¹、稲葉 圭介¹、松本 圭五¹、落合 秀人¹、鈴木 昌八¹、山田 貴教²

腸管重複症は比較的稀な先天性形態異常で、小児期に発見されることが多い。今回成人に発見された無症候性盲腸重複症に対して、腹腔鏡下にて診断治療を行ったので報告する。症例は40歳男性。検診の腹部超音波検査で右下腹部の嚢胞性病変を指摘。腹部CT検査では回盲部に接して4x2.5cmの均一な壁肥厚を伴う嚢胞性腫瘍を認めたが、隔壁や壁に結節、充実性成分は指摘できず。CT-colonographyで腸管との連続性は明らかでなかった。腹部MRI検査では盲腸に接して内部均一な嚢胞性腫瘍を認めたが、拡散強調画像で異常信号はなし。回盲部嚢胞性腫瘍として虫垂嚢胞性疾患、腸管重複症、リンパ管腫症等が鑑別診断に挙げられたが確定診断困難であり、腹腔鏡下回盲部切除を施行。臍および左下腹部12mm、右下腹部および左膈横部5mmのトラカールを使用して4孔で開始。気腹し左下頭低位として回盲部を観察すると虫垂根部背側に回腸末端と盲腸に接して腸管と漿膜を共有する柔らかい腫瘍を認めた。外側アプローチで回盲部を脱転して確認すると腸管との分離は困難であり、回腸末端盲腸接合部に存在していたため回盲部

切除を施行。術後4病日退院許可、7病日退院。切除検体病理組織学的所見では盲腸重複症と診断された。検診受診率や画像検索技術の向上により、無症候性の成人腸管重複症の報告は近年増加傾向である。経過観察の方法や治療方針について一定の見解はなく、重複腸管内発癌の報告も散見されるため、今後の症例の集積と分析が重要であると考えられる。本症例では、腸管に接した嚢胞性腫瘍の確定診断、術式選択、治療に鏡視下手術は有用であった。

61

腹部超音波検査にて経時的に形状変化を観察し得た早期胆嚢癌の3例

¹朝日大学村上記念病院 消化器内科、

²朝日大学村上記念病院 総合健診センター

○中畑 由紀¹、大洞 昭博¹、小島 孝雄^{1,2}、北江 博晃¹、富江 晃¹、大島 靖広¹、八木 信明¹

【はじめに】本邦における胆嚢癌の発生頻度は、全悪性腫瘍の約1.6%と、決して多くはないが、早期癌でなければ生命予後が悪く、早期発見、早期治療が重要である。自覚症状のない早期の胆嚢癌発見の為には、定期的な健診が良いとされている。今回、当院健診センターの腹部超音波検査にて経時的変化を観察できた胆嚢癌症例3例の画像所見を報告する。【症例1】38歳、男性。初回腹部超音波検査は6mmの高エコーでコレステロールポリープと診断した。翌年は8mmとやや増大していたが、桑実状であり、経過観察とした。2年後には13mmに増大し、精査を勧めるも行わず。翌年(3年後)には18mmの分葉状の隆起となっていたため、他院にて腹腔鏡下胆嚢摘出術施行され、早期胆嚢癌であった。【症例2】50歳、男性。初回腹部超音波検査は6mmの高エコーでコレステロールポリープと診断した。1年後には7mm、2年後8mm、3年後10mm、4年後は12mmの有茎性腫瘍に増大し、精密検査を指示するも未精査。翌年(5年後)は変化なく、6年後には14mmの広基性腫瘍となり、強く精査治療を勧め、当院にて腹腔鏡下胆嚢摘出術施行。早期胆嚢癌(M, ly0, v0)であった。【症例3】49歳、女性。初回腹部超音波検査にて10mmの表面平滑な有茎性腫瘍を認め、精密検査施行された。悪性を示唆する所見はなかったが、大きさから手術を勧められるも本人希望にて経過観察となった。翌年の検査で表面は平滑であったが膨満し、15mmに増大していたため、腹腔鏡下胆嚢摘出術施行。早期胆嚢癌(M, ly0, v0)であった。【まとめ】経年(2~6年間)的にサイズや形状変化を観察しえた早期胆嚢癌3例を経験した。検診では腫瘍が増大・形状変化する過程で精査治療を勧めているものの、自覚症状がなく、なかなか理解が得られず、未精査となる場合もあり、精密検査を指示するタイミングと指導内容が重要であると考えられた。

62

胆管印環細胞癌の1例

¹静岡市立静岡病院 消化器内科、

²静岡市立静岡病院 消化器外科

○杉本 崇幸¹、藤本 康弘²、河合 歩¹、奥村 大志¹、堀谷 俊介¹、鈴木 博貴¹、近藤 貴浩¹、黒石 健吾¹、星野 勝一¹、濱村 啓介¹、高橋 好朗¹、田中 俊夫¹、高柳 智保²、小柳津 竜樹¹

【症例】46歳、女性。【現病歴】生後約70日に総胆管嚢腫に対し開腹手術、胆管十二指腸吻合が行われ、1990年より胆管炎を繰り返し不定期であるが当科外来を通院していた。2015年6月胆管炎再燃に対する精査加療目的で当科入院となった。【入院後経過】CT・MRIにて総胆管の嚢腫状拡張および拡張胆管内に隆起する35×20mm大の造影効果を伴う腫瘍性病変を認めた。上部胆管および肝内胆管の著明な拡張を認めたが黄疸は軽度であった。胆管十二指腸吻合部よりERCを行い腫瘍生検にて腺癌の診断を得た。ENBD造影では、腫瘍は上部胆管にとどまると見えたが表層拡大型胆管癌も否定できなかった。側方進展範囲診断および手術術式決定のためのスライグラスを用いた経口胆道鏡による精査を行ったところ、肝門部胆管および左右肝管のstep biopsyは陰性の結果であった。また、CTにて腫瘍の右肝動脈への浸潤が疑われたため術前に右肝動脈に対しコイル塞栓を行った後に亜全胃温脾頭十二指腸切除、肝外胆管切除を行った。胆管印環細胞癌の診断(pT3 (SI: panc.duo), med, INFb, ly3, v1, ne1, pN1, pHM0, pEM0, pPV0, pA1, stageIIB)で、腫瘍は粘膜進展のみならず漿膜下・リンパ行性の進展形式を呈していた。【考察】今回我々は、多くは胃原発として認められ、肝外胆管原発に生じることが極めてまれである印環細胞癌の一例を経験したので若干の文献学考察を加えて報告する。

63

肝門部領域胆管癌術後の肺転移・異時性遠位胆管癌に対して手術を施行し長期生存中の1例

名古屋大学医学部附属病院 腫瘍外科

○篠原 健太郎、江畑 智希、横山 幸浩、國料 俊男、伊神 剛、

【はじめに】胆道癌は現在、術後の5年生存率が40%近くまで向上しているものの、全体の約7割が再発を来す未だ予後不良な疾患である。一方で、再発病変に対して手術を施行することで予後が延長するとの報告もある。今回、肝門部領域胆管癌の術後7年目に肺転移、さらにその4年6か月後に異時性胆管癌を認め、いずれも手術を施行し長期生存が得られた1例を報告する。【症例】74歳男性。Bismuth2型の肝門部領域胆管癌に対して肝左葉尾状葉・肝外胆管切除術を施行した。病理組織診断は高分化管状腺癌 (T2a, N0, M0, HM0, DM0, EM0) だった。術後7年目に、徐々に増大する左肺上葉の12mm径の腫瘍に対して胸腔鏡下左肺部分切除術を施行した。病理組織診断は管状腺癌で、免疫組織化学検査にてTTF-1 (Thyroid Transcription Factor-1) 陰性、CK7 (Cytokeratin7) 陽性、CK20陰性、CDX-2 (caudal type homeobox-2) 陰性を示し、胆管癌の肺転移と診断した。さらに4年6か月後、残存遠位胆管内に充実性腫瘍を認め、亜全胃温存脾頭十二指腸切除術を施行した。病理組織診断では胆管内に増殖する高分化管状腺癌 (T3a (panc), N0, HM0) を認めた。初発の肝門部領域胆管癌の下流側断端が陰性で、2回目の遠位胆管癌の上流側断端も陰性であることから、新規に発生した異時性胆管癌と診断した。患者は術後11か月現在、87歳で無再発生存中である。【考察】再発胆道癌は手術で予後延長が期待できるものの、再手術からの5年生存率は約15%と十分ではない。胆道癌の再発症例において、初回手術での深達度がT2まで、リンパ節転移がない、R0切除ができていて、再発までの期間が1年以上の症例は、そうでない症例より予後が良好だったという報告があり、本症例は上記のいずれも満たしていた。再発胆管癌の予後はいまだ不良であるが、本症例のように長期生存することもあるため、積極的に手術を考慮しても良いと考えられた。

64

LAP Mentor™ 腹腔鏡下胆嚢摘出術モジュールの有用性の検討

名古屋大学大学院医学系研究科 消化器外科学

○江坂 和夫、藤原 道隆、高見 秀樹、神田 光郎、岩田 直樹、林 真路、田中 千恵、小林 大介、山田 豪、藤井 努、中山 吾郎、杉本 博行、小池 聖彦、小寺 泰弘

【背景】レジデントが初めて執刀する内視鏡外科手術は腹腔鏡下胆嚢摘出術であることが多い。しかし、レジデントの手術手技に対する客観的かつ共通の評価基準はなく、施設間で異なるのが現状である。そのため腹腔鏡下胆嚢摘出術において、詳細な評価が可能なLAP Mentor™ (Simbionix Co., Ohio, USA) の胆嚢摘出術モジュールが、評価基準として使用できる可能性があるかを検討することとした。【対象と方法】対象は腹腔鏡下手術未経験者として医学生51名 (S群) と消化器外科医16名 (D群) とした。D群は概算100例以上の腹腔鏡下手術経験を有し、卒業平均11.6年であった。LAP Mentor™ の腹腔鏡下胆嚢摘出術モジュール case1 を実施し、測定可能な24項目 (操作時間、鉗子操作6項目、焼灼操作6項目、クリッピング操作5項目、合併症3項目、カメラ操作3項目) について比較検討を行った。【結果】24項目中10項目で2群間に有意差 ($p < 0.05$) を認めた。有意差を認めた項目は、胆嚢摘出までの操作時間 (D群647±216秒, S群1330±495秒)、右側鉗子の移動回数 (D群457±192回, S群748±280回)、左側鉗子の移動回数 (D群225±128回, S群420±187回)、右側鉗子の総移動距離 (D群1039±474cm, S群1584±595cm)、左側鉗子の総移動距離 (D群457±304cm, S群822±390cm)、配置したクリップの総数 (D群5.6±0.9個, S群6.6±1.7個)、ロストクリップの総数 (D群0.4±0.7個, S群1.5±0.2個)、遠位部のクリップと漏斗部までの距離 (D群8.0±3.3mm, S群11.0±5.0mm)、クリップ間距離 (D群3.3±0.8mm, S群4.5±3.0mm)、穿孔数 (D群2.8±2.8回, S群7.4±8.7回) の10項目であった。【結語】腹腔鏡下胆嚢摘出術モジュールの成績を学生と消化器外科医とで比較検討を行った。操作時間、鉗子の移動回数、総鉗子移動距離、使用したクリップの総数、ロストクリップ、穿孔数で2群間に有意差を認めた。これらの項目から技術評価基準を作成することで、LAP Mentor™ がレジデントに腹腔鏡下胆嚢摘出をさせるか否かの基準として使用できる可能性がある。

65

転移性胆嚢腫瘍の2例

1名古屋大学大学院医学系研究科 消化器内科学、

2名古屋大学医学部附属病院 光学医療診療部

○小屋 敏也¹、廣岡 芳樹²、川嶋 啓雄²、大野 栄三郎¹、林 大樹朗¹、桑原 崇通¹、森島 大雅¹、河合 学¹、須原 寛樹¹、竹山 友章¹、橋詰 清孝¹、山村 健史²、船坂 好平¹、中村 正直¹、宮原 良二¹、渡辺 修¹、後藤 秀実¹

転移性胆嚢腫瘍は極めて稀であり、その報告例は少ない。今回われわ

れは、悪性黒色腫および腎癌の転移性胆嚢腫瘍2手術症例を経験したので、これを報告する。

症例1は、70歳代女性、4年前に右前腕の悪性黒色腫手術既往あり、経過観察のCTにて胆嚢腫瘍が指摘された。腹部超音波検査 (US) では胆嚢体部に30mm大の亜有莖性腫瘍を認めた。カラードプラ断層法画像では基部から線状のシグナルを認めた。ソナゾイドを用いた造影USでは腫瘍中心に造影効果を認めたが、辺縁部では造影効果に乏しかった。超音波内視鏡検査 (EUS) では腫瘍表層に高エコー帯が存在し、表面は平滑であった。造影EUSでは造影USと同様の所見であった。以上の検査結果より転移性胆嚢腫瘍を第一に疑い、開腹胆嚢摘出術を行った。最終病理診断は、悪性黒色腫胆嚢転移であった。症例2は、60歳代男性。6年前に左腎細胞癌に対する左腎摘出術と慢性腎不全の既往がある。経過観察のUSにて胆嚢底部に12mmの亜有莖性病変を指摘され、半年後の再検時には20mm大まで増大し、広基性になっていた。カラードプラ断層法では樹枝状の強いドプラシグナルを認めた。EUSでは比較的均一な低エコー性の隆起であり、一部高エコーが混在していた。病変の表面は平滑で、立ち上がりはなだらかな広基性腫瘍であり、外側高エコー層に一部断裂を認めた。造影EUSでは速やかかつ均一に腫瘍は造影され、長時間造影効果が持続した。以上の画像所見より、転移性腫瘍が鑑別に挙げられたが胆嚢癌も否定できなかった。開腹手術の結果、最終病理診断は淡明細胞型の腎細胞癌胆嚢転移であった。EUS画像を再検討すると、本疾患に特徴的とされる腫瘍表層の高エコー帯を認めた。転移性胆嚢腫瘍はまれな病態であるが、表面が平滑な粘膜下腫瘍様の胆嚢腫瘍を診断する際には既往などから本疾患の可能性も考慮し、EUSなどでその特徴的な所見を捉えることが重要であると思われる。

66

健診が発見契機となったIPNBの一例

大同病院 消化器内科

○倉下 貴光、金沢 哲広、水野 創太、柳瀬 成希、南 正史、大北 宗由、宜保 憲明、西川 貴広、神原 聡介、下郷 友弥、野々垣 浩二、印牧 直人

症例は50歳、男性。健診での腹部超音波検査にて肝S2に3cmの嚢胞性病変を指摘され当科精査入院となった。腹部単純MRI検査にてT1強調画像で低信号、T2強調画像・脂肪抑制T2強調画像で高信号を結節を認め、内部にT2強調画像・T1強調画像ともに等信号、拡散強調画像にて淡い高信号を呈する領域を認めた。腹部単純CT検査にて雪だるま状の境界明瞭な低吸収腫瘍を認め、内部の吸収値は不均一、腫瘍腹側は等吸収、背側→頭側部分は乳頭状の形態で相対的に高吸収を呈した。腹部造影CT検査にて乳頭状部分は漸減性・遷延性造影を呈した。腫瘍より末梢の胆管拡張とB2中枢側の拡張を認めた。腹部造影超音波検査にて腫瘍内部に高エコー充実成分を有する嚢胞性腫瘍として描出された。腫瘍末梢胆管の拡張を認めるが、腫瘍との連続性は不明瞭であった。動脈早期相より充実部全体が均一に造影、造影5分後も造影効果持続、造影10分では周囲肝実質に比べ低吸収となった。ERCPにて主乳頭開口部は開大や粘液の排出はみられなかった。胆管造影ではB2胆管の圧排所見認め、胆管と交通を有する嚢胞性病変を認め、嚢胞内部には不整な陰影欠損を認めた。腫瘍の末梢で胆管拡張を認めた。総胆管から左肝管にかけて壁不整は認めなかった。上記各種画像所見によりIPNBと術前診断し、肝外側区域切除術施行となった。術後病理診断にてMUC1 (-)、MUC2 (-)、MUC5AC (+)、MUC6 (+) で、ococytic typeのIPNBと診断を得た。【結語】IPNBは肝内外の胆管内に発生する乳頭状腫瘍で、2010年WHOの消化器腫瘍分類の改訂で、胆管癌の前癌・早期癌病変として認知された。本症例では健診の腹部超音波検査が発見契機となり、各種画像検査にてIPNBと臨床診断を得ることができた。若干の文献的考察を加え報告する。

67

高齢者に強い腹痛を伴ったセフトリアキソンNa (CTRX) 投与による偽胆石の一例

浜松医療センター 消化器内科

○山田 景子、浅井 雄介、木村 健介、高鳥 真吾、伊藤 潤、松浦 愛、栗山 茂、住吉 信一、岩岡 泰志、吉井 重人、影山 富士人、金岡 繁

【症例】80歳女性【主訴】嘔気、心窩部痛【現病歴】20XX年2月、急性腎盂腎炎で当院に5日間セフトリアキソンNa (CTRX) 2g/dayで加療された。その際、入院時に撮影された腹部単純CTで胆嚢内に高吸収域は認められていなかった。経過良好のため退院となったが、CTRX投与13日目に嘔気と心窩部痛を自覚し救急搬送され、腹部単純CTとエコー検査にて前回入院時には認めなかった胆嚢頸部～胆嚢管内に結石または出血を疑う高吸収域と胆嚢の腫大を認め、CTRX偽胆石による胆石発作または胆嚢炎が疑われ同日緊急入院となった。【入院後経過】抗生剤はSBT/CPZ 2g/dayとし、絶食・補液とUDCA600mg/day

を開始し症状は速やかに改善した。経過良好のため入院5日目より経口摂取を開始し、軽快退院となった。1ヵ月後の外来での腹部エコーでは胆嚢内の高輝度な泥状結石は消失していた。【考察】CTRXによる偽胆石の報告例は多く、一般的には投与中止数日から2ヵ月程度で消失すると報告されている。報告の多くは小児であり、高容量・長期投与が要因とされ、腹痛などの症状を呈するのは0~19%程度と言われている。今回、高齢女性で短期投与に関わらず腹痛を伴い発症したCTRXによる偽胆石を経験したため文献的考察を踏まえて報告する。

68

自己免疫性硬化性胆管炎の経過中に特発性血小板減少性紫斑病を合併した1例

JA 愛知厚生連豊田厚生病院 消化器内科
○松葉 朋彦、伊藤 裕也、喜田 裕一、岩下 紘一、竹内 淳史、森田 清、都築 智之、西村 大作

【症例】70代男性【主訴】皮膚黄染【既往歴】なし【現病歴】2014年12月に皮膚黄染を自覚し他院受診。腹部超音波検査にて胆管拡張認め当院紹介。血液検査にてT-Bil 8.0mg/dl、AST 214U/L、ALT 325U/L、ALP 615U/L、LDH290U/L、血小板 $10.5 \times 10^4/\mu\text{L}$ 、CA19-9 946U/mlと異常を示した。胸腹部造影CTでは縦隔や肝十二指腸間膜、腹腔動脈周囲のリンパ節腫大、肝門部胆管に造影効果を伴う壁肥厚を認め、精査目的に当科入院となった。【経過】第2病日にERCPを施行。肝門部胆管はやや不整に狭窄し、左枝、前区域枝、後区域枝胆管は泣き別れであった。胆管内超音波検査では胆管壁の全周性肥厚をB4直下から膝上縁まで認めた。狭窄部ブラシ細胞診の結果は疑陽性であり、狭窄部生検では腫瘍細胞は認められず、結合組織内にリンパ球様細胞の浸潤を認めるのみであった。IgG4陽性形質細胞は8個/HPFと少なく、胆管癌あるいは自己免疫性硬化性胆管炎の鑑別に苦慮する結果であった。また、血清IgG4値は123mg/dlと軽度高値であった。第19病日より減量傾向となったが徐々に血小板数も減少した。血液内科に依頼し骨髄生検を実施すると、骨髄鉄染色にて巨核球が散見され環状鉄芽球は非常に少なく、特発性血小板減少性紫斑病が第一に疑われた。第33病日には血小板数は $2.1 \times 10^4/\mu\text{L}$ まで減少したため、デキサメタゾン0.5mg/kg静注投与を4日間行ったところ、第41病日より血小板数と肝胆道系酵素の改善を認めた。第47病日に施行したERCPでは胆管狭窄は消失し、胆管生検では腫瘍細胞を認めなかった。ステロイドによる治療反応性の高さをより胆管狭窄の原疾患は自己免疫性硬化性胆管炎であると診断した。【結語】特発性血小板減少性紫斑病の合併し、ステロイドの治療反応性により自己免疫性硬化性胆管炎と診断した一例を経験した。

69

膈上皮内癌の1例

静岡県立総合病院 肝胆膵内科
○増井 雄一、菊山 正隆、川口 真矢、白根 高文、寺田 修三、川合 麻実、榎田 浩平、青山 春奈、佐藤 辰宣、青山 弘幸、大津 卓也

【症例】65歳男性【主訴】なし【既往歴】糖尿病【アレルギー歴】なし【薬剤歴】インスリンアスパルト朝24・糖16単位皮下注【家族歴】兄、姉：2型糖尿病【喫煙歴】20歳~20本/日【飲酒歴】焼酎100ml/日【現病歴及び経過】20××年1月、耐糖能異常を指摘され経口血糖降下剤内服開始、改善を認めず同年3月インスリン治療を開始した。その後、血糖推移悪化を認め各種画像検査にて主膵管拡張を指摘され、精査加療目的に同年6月当科受診。血液検査ではCA19-9：46U/mlと高値を認め、造影CT検査で膵頭体移行部での主膵管狭窄とその上流側での主膵管拡張、膵体尾部実質萎縮を認めたため、EUSを施行した。EUSでは、門脈腹側に境界不明瞭で内部エコーレベル不均一な約20mm大の腫瘍を認め、同部位よりFNAを施行した。しかし、癌細胞は検出しなかったため、膵液連続細胞診(Serial Pancreatic juice Aspiration Cytologic Examination:SPACE)施行目的にERCPを行った。十二指腸乳頭開口部開大なく、膵管造影では粘液無く膵頭部主膵管狭窄と上流側主膵管拡張を認め、ENPD留置しSPACEを行った。細胞診でClassIIIbとの結果にて、膵癌の診断に至り膵頭十二指腸切除術を行った。【結語】今回我々は、SPACEで膈上皮内癌(CIS)の診断に至った1例を経験した。若干の文献的考察を加えて報告する。

70

持続型G-CSF製剤を使用しFOLFIRINOX療法を約2年間継続できている切除不能進行膵癌の1例

名古屋共立病院 消化器化学療法科
○栗本 拓也

【症例】60歳台 男性【既往歴】特記すべき事項なし【主訴】数ヶ月前からの腹部腫瘍触知【現病歴】上記主訴で近医より紹介。CTで大き

な囊胞性病変を伴う膵尾部腫瘍を認め2014年6月に開腹手術を行ったが、術中に腹膜結節からの生検や腹水細胞診で腺癌を確認した。このため根治手術不可能な膵癌と判断し切除を断念、化学療法を行うことになった。7月よりFOLFIRINOX療法を開始したが、好中球減少のため11月よりCPT-11を1段階減量、急速静注5-FUを中止した。また末梢神経障害のため2015年1月よりL-OHPを1段階減量したが、さらに症状が悪化したため4月に中止した。これまでの治療中に発熱性好中球減少症が出現することはなかったが、好中球減少のため治療の延期が時々必要になりはじめた。治療強度を維持するため5月から持続性G-CSF製剤(ジールスタ)の使用を開始し、同時にCPT-11を100%量に戻した。以降は2サイクルに1回、すなわち1回のジールスタ投与を基本としながら、安定した治療を継続している。2016年3月時点で36サイクルのFOLFIRINOX療法(ただし急速5-FUとL-OHPは休業)を行った。副作用としてCTCAE Grade2の末梢神経障害を認めるが、画像上病変の増大はなく今後も同療法を継続予定である。

【考察】切除不能進行膵癌に対して、持続性G-CSFを予防投与し一部薬剤を休業することで、FOLFIRINOX療法を約2年間継続できている。同療法において、発熱性好中球減少症の発症リスクを軽減し治療強度を維持するために、ジールスタの予防投与は許容されると考える。

71

外科的切除が得られたgroove膵癌の1例

¹浜松医科大学 内科学第2講座 肝胆膵内科、
²浜松医科大学 外科学第2講座 肝胆膵外科
○松永 英里香¹、長澤 真帆¹、伊藤 潤¹、太田 和義¹、下山 真¹、山崎 哲¹、千田 剛士¹、則武 秀尚¹、川田 一仁¹、古橋 暁²、柴崎 泰²、森田 剛文²、坂口 孝宣²、小林 良正¹

【症例】65歳女性。2015年11月の検診では特に異常は指摘されなかった。2016年2月中旬より褐色尿と皮膚黄染を自覚した。3月初旬に近医を受診し、血液検査にて肝胆道系酵素およびビリルビンの上昇、エコーにて著明な肝内胆管拡張が認め、閉塞性黄疸が疑われたために当科へ精査加療目的に紹介受診した。造影CTではGroove領域に20mm程度の膵実質より造影効果の乏しい腫瘍性病変を認め、下部胆管は狭窄し肝内胆管拡張および総胆管の著明な拡張を来していた。造影MRIでは同部位に25mm径の漸増性の造影効果を示す腫瘍を認め、拡散強調で高信号を呈していた。主膵管は膵頭部から尾部にかけて拡張していたが、副膵管は同定出来なかった。上部消化管内視鏡では十二指腸下行脚に狭窄を認め、生検にて腺癌が強く疑われた。内視鏡的逆行性膵管造影では下部胆管の閉塞を認め、膵管へのカニューレシオンは困難であった。腫瘍マーカーはCA19-9 65U/ml、SPAN-1 41U/mlが軽度上昇していた。groove膵癌を疑い、明らかな遠隔転移や血管浸潤、リンパ節腫大を認めなかったため、膵頭部癌cT3(CH+),DU(+),N0,M0 StageIIIと診断し、手術適応と判断した。当院肝胆膵外科にて亜全胃温存膵頭十二指腸切除術が施行され、groove膵癌と診断された。【考察】groove膵癌は膵頭部、十二指腸下行脚、下部総胆管に囲まれた溝を主体に進展する膵癌を指す。十二指腸狭窄や下部胆管狭窄による黄疸で発症し、特異な進展様式を示すため早期確定診断が困難で発見時には進行癌であることが多い。groove膵癌の報告例は比較的少なく、今回切除可能であったgroove膵癌の1例を経験したため報告する。

72

膵腺扁平上皮癌に対してnab-paclitaxel+gemcitabineを投与した1例

豊橋市民病院 消化器内科
○片岡 邦夫、松原 浩、浦野 文博、藤田 基和、内藤 岳人、山田 雅弘、山本 英子、種月 康太、木下 雄貴、飛田 恵美子、山本 和弘、松田 宣賢、南 喜之、山本 崇文、岡村 正造

【はじめに】膵腺扁平上皮癌は、腺癌成分と扁平上皮癌成分が相接して、あるいは混在してみられ、扁平上皮癌成分が腫瘍全体の30%以上を占めるものと定義されている。その予後は不良とされているが、発生頻度は膵癌全体の約1%と稀なため、臨床的特徴は明らかではなく、確立した治療法はない。今回我々は、膵腺扁平上皮癌に対して、nab-paclitaxel+gemcitabine(nab-PTX+GEM)を投与し、治療効果を得られた1例を経験したので報告する。【症例】60歳代男性【主訴】腹痛【既往歴】特記事項なし【家族歴】母 膵癌【生活歴】飲酒ビール350ml/日、喫煙なし【現病歴】2014年12月中旬から腹部全体の鈍痛を自覚するようになった。近医を受診し、上下部消化管内視鏡検査を施行するも異常を認めなかった。症状が持続し、体重減少も認められたため、2015年3月下旬に当科を受診した。【経過】膵体尾部に7cm大の充実性病変を認め、大動脈周囲リンパ節腫大を伴っていた。EUS-FNAにて扁平上皮癌が検出され、他臓器病変を認めなかったため、膵腺扁平上皮癌と診断した。Nab-PTX+GEMを投与したところ、2コース終了時点で腫瘍縮小効果を得られ、CEA、CA19-9、SCCも著減した。しかし、

その後速やかに増悪し、約7ヵ月で原癌死した。腫瘍マーカーはSCCの増加が顕著であった。【剖検】肉眼所見は、膵体尾部に境界明瞭で内部壊死を伴う白色充実性腫瘍を認めた。病理組織学的には、腺と扁平上皮への分化を示す異型細胞が混在していた。全体としては扁平上皮癌が大半を占めており、最終診断は膵腺扁平上皮癌であった。免疫染色を行うと、腺特異的なCK7とMUC1の発現が扁平上皮癌にもみられた。【考察】膵腺扁平上皮癌に対する化学療法法の選択には議論があるが、発生機序は腺癌の扁平上皮癌への転化と考えられているため、通常型膵管癌のレジメンを用いるべきとされている。本症例の免疫染色結果はこれを裏付け、実際、nab-PTX+GEMは有効であった。一方、SCC優位な上昇からは、扁平上皮癌を標的とした治療の妥当性も示唆される。膵腺扁平上皮癌に対する化学療法法の報告は非常に少ないため、若干の文献的考察を加えて報告する。

73

多発神経内分泌腫瘍の1例

静岡県立総合病院

○大津 卓也、菊山 正隆、川口 真矢、白根 尚文、寺田 修三、川合 麻美、榎田 浩平、青山 春奈、大島 典彦、増井 雄一、佐藤 辰宣、青山 弘幸

【症例】41歳・女性。【主訴】なし【既往歴】27歳・乳腺線維腺腫、28歳・左網膜血管腫。【家族歴】なし。【喫煙・飲酒歴】なし。【内服歴】なし。【現病歴】検査の腹部超音波検査にて膵腫瘍を指摘された。【血液検査所見】血算、生化学検査に異常なし。耐糖能異常なし。NSEを含む腫瘍マーカーは正常範囲内。【腹部超音波検査】膵頭部に境界明瞭なる軽度低エコーを呈する類円形腫瘍が数個。最大径15mmであった。【腹部造影CT】膵頭部に動脈早期で強く濃染され、門脈相にて造影効果が減弱し淡く造影される腫瘍を数個認めた。【腹部MRI】病変はT2強調画像にて淡く高信号、T1強調画像で周囲膵実質と同等の信号強度を呈した。造影MRIでの造影効果は弱かった。拡散強調画像では高信号を示した。【超音波内視鏡検査】膵頭部に境界明瞭なる軽度低エコーを呈する類円形腫瘍が数個。薄いハロー、側方音響陰影を伴った。【FDG-PET】病変は最大9.3のSUV maxを有するFDG集積を示した。以上、画像所見より膵頭部神経内分泌腫瘍を疑い、膵尾部の病変が同定されないことより、膵頭十二指腸切除術を実施した。【病理組織学的所見】膵頭部に長径20mmまでの境界明瞭なる白色充実性腫瘍を合計6個認めた。いずれも吻合状～索状をなす異型上皮の増殖巣からなつた。偽被膜により被包された。免疫組織学的染色によりChromogranin A, synaptophysinにびまん性陽性で、Ki-67 1~2%であり、G1 NETと診断した。【結語】多発神経内分泌腫瘍(pNET)を経験した。個々の腫瘍の画像所見はpNETに矛盾しないものであった。膵頭部に限局して存在した点において特徴的であった。

74

主膵管拡張を契機に発見されたPNETの一例

豊橋市市民病院 消化器内科

○山本 和弘、松原 浩、浦野 文博、藤田 基和、内藤 岳人、山田 雅弘、山本 英子、植月 康大、片岡 邦夫、木下 雄貴、飛田 恵美子、松田 宜賢、南 喜之、山本 崇文

【はじめに】膵神経内分泌腫瘍(pancreatic neuroendocrine tumor: PNET)は膵腫瘍全体の1~2%の頻度とされる比較稀な疾患で、2010年のWHO分類では腫瘍の細胞分裂数でgrade診断がなされる。被膜形成や膨張性に発育をきたすため主膵管へ影響を与えることは少ないとされ、主膵管に異常を来す場合には臨床的に悪性の経過を示すことが多いと報告されている。今回我々は、主膵管への異常所見を伴う8mm大のPNETでG1と診断されたが、リンパ節転移を認めた一例を経験したので報告する。【症例】70歳代男性【主訴】主膵管拡張【既往歴】C型慢性肝炎【現病歴】咽頭違和感にて近医受診した。胸部レントゲンで肺門部の異常陰影を指摘され、当院呼吸器内科紹介受診。精査目的に施行した胸部単純CTで偶発的に主膵管拡張を指摘され、当科紹介初診となった。【入院時血液学的検査】CEA 1.4ng/L、CA19-9 7.5ng/L、膵型アミラーゼ 19μ/Lで、腫瘍マーカー、膵酵素は正常範囲内であった。【入院後経過】経腹壁超音波検査では膵に腫瘍を認めず、尾部膵管の描出は困難であった。MRCPでは膵体部に限局性の狭窄と尾部膵管の拡張を認めた。胸部部CTでも膵腫瘍は指摘できなかったが、主膵管の狭窄部に高吸収域を認めた。超音波内視鏡検査では、膵体部に輪郭は不整で明瞭な11.7×7.1mm大の低エコー腫瘍を認めた。腫瘍内部にはacoustic shadowを有する石灰化を伴っていたが、明らかな嚢胞成分は認めなかった。同部で主膵管は狭窄し、尾側主膵管は拡張していた。通常型膵管癌の診断で膵体尾部腫瘍切除術施行した。切除標本では膵体部に8×6×4mm大の腫瘍を認め、類円形核と弱好酸性胞体を有する腫瘍細胞が偽管状、小胞巣状に配列して増殖していた。免疫染色ではChromogranin陽性、insulin、gastrin、somatostatin、glucagonは陰性、MIB-1陽性細胞は1%未満でありPNET G1と診断し

たが、リンパ節転移を伴っていた。術後経過は良好で術後14日で退院となり、現在外来で慎重に経過観察を行っている。

75

高齢症例のsolid pseudopapillary neoplasm (SPN)の1例

静岡県立清水病院消化器内科

○小池 弘太、窪田 裕幸、高柳 泰宏、池田 誉、宇於崎 宏城

【症例】80歳台女性【主訴】発熱【既往歴】髄膜腫で当院脳神経外科病院中。高血圧【現病歴】2013年7月38℃台の発熱が出現し、翌日当院ER受診した。採血で炎症反応の上昇および鉄欠乏性貧血があり、腹部造影CTにて膵尾部と胃体部後壁間に16cm大の巨大腫瘍を認めた。腫瘍は全体に造影効果を伴うが、腫瘍内に造影不領域も混在していた。その他明らかな有意な所見は認めず、発熱および腫瘍の精査加療目的で入院となった。【経過】入院後ABPC2g/dayの投与にて速やかに解熱し、炎症反応も改善を認めた。腫瘍精査目的で上部内視鏡や腹部超音波検査、MRI、血管造影を行った。上部内視鏡では胃体部後壁に圧排様所見を認め、EUSで腫瘍と胃壁に連続性は認めなかった。超音波、MRIでは腫瘍は充実成分および漿液性嚢胞成分が混在しており、膵尾部は不明瞭であった。血管造影では膵尾動脈や下降動脈をmain feederにする多血性腫瘍であった。以上より膵尾部原発腫瘍と判断したが、MCN、SCNや壊死を伴う膵癌、NET等が考えられたがいずれも典型的な画像所見ではなかった。腹腔内腫瘍としてMFHや肉腫なども鑑別として考えられ、悪性疾患が否定できなかったため外科的処置を行う方針とし、膵体尾部切除術および脾臓摘出術施行した。摘出腫瘍は16cm大で被膜を伴い、内部に嚢胞、出血、壊死組織を伴っていた。病理免疫染色ではNSE、Synaptophysin、Chromogranin、CD10が陽性であったがCD10、Vimentinは陰性であった。α-anti-tripstinは未実施だがマクロ、ミクロ所見よりSPNと診断した。高齢者のSPNは稀であり、若干の文献的考察を加え報告する。

76

低血糖症状を契機に発見され、EUS-FNAで診断した膵頭部SPN(solid-pseudopapillary neoplasm)の一例

¹聖隷浜松病院 消化器内科、²聖隷浜松病院 肝胆脾外科

○海野 修平¹、芳澤 社¹、井上 照彬¹、杉浦 喜一¹、宮津 隆裕¹、瀧浪 将貴¹、小林 陽介¹、木全 政晴¹、室久 剛¹、熊岡 浩子¹、清水 恵理奈¹、細田 佳佐¹、長澤 正通¹、佐藤 嘉彦¹、牛田 進一郎²

症例は28歳女性。1年前より空腹時に脱力・冷や汗や意識レベル低下などの症状があり近医受診。75g OGTT検査で180分後血糖が39mg/dLと低血糖がみられ、当院内分泌代謝内科紹介。精査の腹部エコーで膵頭部に30mmほどの腫瘍を認め当科紹介となった。CTやMRIでは腫瘍は漸増性に造影される30mmほどの充実性腫瘍として描出された。内分泌代謝内科の各種負荷試験ではインスリンの自分泌分泌を疑う低血糖はみられず、インスリンノーマは否定的で反応性の低血糖の可能性が示唆された。膵頭部の腫瘍も画像的にはNETとしては非典型的であり、EUS上も内部に嚢胞成分はみられなかったため、病理学的診断のためEUS-FNAを施行。病理では硝子様間質を伴う偽乳頭状の腫瘍細胞増生を呈し細胞質には空胞状変化も伴っており、免疫染色も同じSPNと考えられた。SPNはlow grade malignancyであり、本人と相談の上、当院外科にてSSPPDを施行。切除後病理でもSPNで矛盾せず、一部に脾実質浸潤、膵腺侵襲を認めた。術後現在でも再発はみられず、低血糖症状もみられていない。SPNは稀な膵腫瘍であり、当院で今までに経験したSPNの検討を含めて報告する。

77

多発性膵腫瘍を呈した自己免疫性膵炎の1例

¹公立陶生病院 消化器内科、

²名古屋大学大学院医学系研究科 消化器内科学、

³名古屋大学医学部附属病院 光学医療診療部

○森 裕¹、黒岩 正憲¹、清水 裕子¹、松浦 哲生¹、竹中 宏之¹、河邊 智久¹、佐竹 美芽¹、長江 翔平¹、松田 悠司¹、森田 敬一¹、森島 大雅²、廣岡 芳樹³、後藤 秀実^{2,3}

症例は80歳男性。既往歴は横行結腸癌と解離性総腸骨動脈瘤。解離性総腸骨動脈瘤の定期フォローのために造影CTを施行したところ、膵臓に多発腫瘍を認めたために、当科に紹介となった。血液生化学的検査ではAMY上昇はなかったが、耐糖能異常とIgG・IgG4上昇を認めた。造影CTでは、膵頭部、膵鉤部、体部、尾部に早期に造影効果に乏しく、後期で脾実質とほぼ同等の造影効果を示す腫瘍が描出され、PET-CTでは同部位に一致して結節状、腫瘍状の集積を認めた。ERCPでは膵管の途絶は認めず、頭部、体部、尾部の主膵管に狭細像を認めた。またEUSでは、腫瘍は全体的に低エコーを呈し、輪郭は不明瞭であった。同時に経胃的に行ったEUS-FNAでの病理組織学的診断では

悪性所見は認めず、少量のリンパ球および形質細胞の浸潤と線維化を認めた。またIgG4陽性形質細胞は少量のみ観察されたが、十分な検体量が採取できなかったため、花筵状線維化や閉塞性静脈炎の評価はおこなえなかった。以上の結果から自己免疫性膵炎の疑診と診断した。各種画像検査・病理検査からも悪性腫瘍は否定の事実であったために、診断的治療目的にプレドニゾン25mg/dayの経口投与を開始した。治療開始2週間後に施行したCTでは、腫瘍は縮小傾向であったため、自己免疫性膵炎の準確定診と考えられた。現在、プレドニゾンを10mgまで減量したが、再燃は認めていない。今回我々は自己免疫性膵炎の1例を経験したので、若干の文献を加えて報告する。

78 ERCP後膵炎に併発したpancreatic panniculitisの1例

JA 静岡厚生連遠州病院 消化器内科
○高橋 悟、梶村 昌良、松下 直哉、西野 真史、高垣 航輔、竹内 靖雄、白井 直人

症例は71歳女性。慢性腎不全が既往にあり、週3回維持透析をしている。平成28年1月2日より腹痛を自覚し、症状持続するため3日に当院を受診した。急性胃腸炎と診断され同日入院とした。第8病日に39℃以上の発熱を認め、腹痛の増強を認めたため採血・画像検査施行したところ、炎症反応および肝胆系酵素の上昇を認め、総胆管内に結石を認めたことから総胆管結石陥頓による胆管炎と判断した。同日ERCP施行し、EST施行後、8.5Fr7cmのEBSを留置した。第9病日にAmy5413まで上昇し、腹痛の増悪を認め、ERCP後膵炎と診断し、蛋白分解酵素阻害薬、予防的抗菌薬投与にて対応とした。第10病日より両側下腿に全体的に発赤を認め、圧痛を伴う、小膿疱や紫斑を所々に認めた。同部位より皮膚生検施行し、真皮から皮下脂肪織にかけて広範囲の変性壊死を認め、pancreatic panniculitisに矛盾しない所見であった。その後は膵炎の状態の改善とともに皮膚所見も改善を認め、経過良好にて第28病日に軽快退院とした。pancreatic panniculitisは膵疾患と関連して皮下脂肪織炎や脂肪壊死をきたす稀な疾患である。今回ERCP後膵炎に併発したpancreatic panniculitisの1例を経験したため、若干の文献的考察を加えて報告する。

79 当院における膵癌症例に対する術前胆道ステントの治療成績

岐阜市民病院 消化器内科
○河口 順二、向井 強、手塚 隆一、小島 健太郎、川浦 加奈、水谷 拓、渡部 直樹、鈴木 祐介、小本 富生、松出 尚史、林 秀樹、杉山 昭彦、西垣 洋一、加藤 則廣、富田 栄一

【背景】膵頭部癌症例ではしばしば閉塞性黄疸を合併し、術前内視鏡的胆道ドレーナージ術が行われている。従来、胆道ステントとしてPlastic stent (PS) が用いられていたが、ステント閉塞や逸脱などのため十分な治療成績ではなく、近年、Covered metallic stent (CMS) が術前胆道ステントとしても用いられるようになり、PSよりも有用であると報告されている。今回、われわれは術前胆道ステントの治療成績と、手術への影響(手術時間、出血量、手術後退院までの期間)、病理診断への影響についてRetrospectiveに検討した。【対象と方法】対象は2011年3月から2016年1月までに当院で術前胆道ステント留置後に手術を行った膵頭部癌22症例。全例内視鏡的経鼻胆管ドレーナージ後、二期的にPSまたはCMSを留置した。対象症例におけるTime to recurrent biliary obstruction (TRBO)、RBO以外の偶発症、手術時間、出血量、手術後退院までの期間、切除胆管の病理学的検討を行った。【成績】PS 8例、CMS 14例であり、術前放射線化学療法を行った症例は9例 (PS 3例、CMS 6例)であった。術前放射線化学療法を行わずに手術を行ったCMS (8例) ではPS (5例) に比べてTRBOが長かった (p=0.01)が、PSではmigration 2例、ステント閉塞1例を認められ、CMSでは2例で閉塞を認めた。年齢、性別、偶発症、手術時間、出血量、手術後退院までの期間に有意差を認めなかった。RBO以外の偶発症ではCMS例において、急性膵炎を2例(軽症1例、中等症1例)、閉塞のない胆管炎を1例認めた。術中胆管断端の迅速標本において、PS、CMSともに良悪性の診断に影響はなかったが、PS 5例で軽度、CMS 9例で軽度、2例で中等度、1例で高度の炎症細胞浸潤を認め、CMS上端と胆管切除部位の距離が短いほど、炎症細胞浸潤が強い傾向がみられた。【結語】術前放射線化学療法を行わずに手術を行った症例におけるPSとCMSのTRBO以外に有意差を認めなかった。胆管の炎症が強い症例ではCMS上端と胆管切除部位までの距離が短い傾向があり、ステント留置時に留意する必要があると考えられた。

80 中毒起因性物質の摂取による肝不全・腎不全・呼吸不全で死亡され、剖検にてパラコートの関与が示唆された1例

聖隷浜松病院 消化器内科
○宮津 隆裕、熊岡 浩子、井上 照彬、杉浦 喜一、海野 修平、

瀧浪 将貴、小林 陽介、木全 政晴、芳澤 社、室久 剛、清水 恵理奈、細田 佳佐、長澤 正通、佐藤 嘉彦

症例は20代男性。統合失調症発症を契機に引きこもりとなり、20XX年5月より異食症を認めるようになっていた。同年8月下旬より食事摂取量の低下を認め、顕性黄疸が出現したため近医より当科紹介受診となった。初診時JCS 1-3程度の意識障害を認め、口唇への凝血塊の付着と口腔内のびらん、顕性黄疸を認めた。血液検査所見として、T.Bil 20mg/dL、D.Bil 15.1mg/dL、AST 268U/L、ALT 247U/L、LDH 855U/L、ALP 2897U/L、 γ -GT 691U/L、CK 2215U/L、Amy 1281U/L、UA 18.4mg/dL、Na 128U/L、K 3.7U/L、Cl 81U/L、BUN 204mg/dL、Cre 15.06mg/dL、PT 63% (PT-INR 1.25)、APTT 39秒、D.Dimer 5.0 μ g/dLと著明な肝腎障害を認めた。病歴や各種ウイルス (HBs抗原、HCV抗体、IgM-HA抗体、IgA-HEV抗体) 陰性から薬物性肝障害を疑い(胆汁うっ滞型、スコアリング5点)、同日入院とした。入院後は血液濾過透析 (HDF) や人工肝補助療法として血漿交換 (PE) を行ったものの、第3病日より呼吸状態が悪化、呼吸不全により第7病日に死亡された。病理解剖に同意頂き剖検を行うと、肝臓は小葉中間体主体の強い肝細胞障害が全体に見られ、胆汁うっ滞を認めた。肺はびまん性肺胞傷害+肺出血が見られた。肺胞障害による炎症細胞、線維芽細胞、繊維素の滲出をびまん性に認められ、以上の所見から薬物、特にパラコートの関与が示唆された。パラコートの関与が示唆される死亡例の報告は少なく、貴重な症例と思われたため若干の文献的考察を含め報告する。

81 C型肝炎DAA治療後に退縮した肝血管腫の一例

静岡市立静岡病院 消化器内科
○鈴木 博貴、河合 歩、奥村 大志、堀谷 俊介、近藤 貴浩、黒石 健吾、濱村 啓介、田中 俊夫、小柳津 竜樹

肝血管腫は肝臓の良性腫瘍の中で最も頻度が高く、その頻度は剖検例で5-7%とされる。その典型的な画像所見から比較的容易に診断され、経過観察とされることが多い。大部分は無症状で大きさは変化しないとされているが、時として増大例、縮小例、巨大例、破裂例など報告されている。その内、縮小例したと報告されているものも10-20年間と比較的長期にわたる観察の結果であることが多い。今回我々は、約2年間という短期間の内に、DAA治療後に30mm弱の血管腫が10mm弱に縮小した症例を経験したためここに報告する。【症例】79歳男性。C型慢性肝炎(ゲノタイプ1B)。既往に1998年に僧帽弁置換術(機械弁)を行いワーファリン内服中、2014年に徐脈性心房細動でペースメーカー埋め込みあり。2013年12月のダイナミックCTで肝S3に28×27mmの海綿状血管腫と診断した。C型肝炎に対し、2015年1月にダクラタビル・アスナプレビル併用療法を開始し、7月に投与完遂。2016年1月にSVRを達成した。治療36週間後のCTでは肝S3の主流は10mm以下に縮小した。C型肝炎治療後に血管腫が退縮した例は、調べ得た限りでは本邦では報告されておらず、稀な経過だったと思われる。

82 DCV/ASV併用療法6週で肝障害にて中止するもSVRとなった1例

刈谷豊田総合病院 内科
○恒川 卓也、仲島 さより、浜島 英司、中江 康之、坂巻 慶一、久野 剛史、三浦 眞之祐、大橋 彩子、鈴木 孝弘、池上 脩二、大脇 政志、溝上 雅也、山本 怜、井本 正巳

【症例】63歳、女性。【既往歴】虫垂炎手術(10代)、胆嚢摘出術(49歳)、乳癌手術(53歳)、高血圧、【輸血歴】3歳時、【処方歴】ウルソデオキシコール、グリチルリチン酸、テルミサルタン/ヒドロクロロチアジド配合錠、ニフェジピン。【現病歴】平成9年に近医でC型慢性肝炎を指摘され、インターフェロン療法を行ったが肝機能障害や薬疹で中止となった。その後は肝臓療法を施行していたが、診療縮小のため平成25年7月に当院消化器内科へ紹介受診となった。Group 1, Genotype 1b, HCV-RNA 6.72LogU/mL, ALT 67U/L, PLT 21.7万/ μ L, USでは慢性肝炎であった。NS5A領域に耐性変異を認めなかった。DCV/ASV併用療法が保険適応となり平成27年4月17日より治療を開始した。【経過】投与開始4週後HCV-RNAは検出感度以下となった。しかし投与開始6週後、AST 268U/L, ALT 304U/Lと上昇したため経口剤の投与を終了した。その後、肝障害は速やかに軽快した。投与終了24週後までHCV-RNAは検出感度以下が持続しSVRとなった。【考察】国内第3相試験では205例中10例が肝障害によって投与中止となっており、そのうち8例はSVRとなっている。原因は血中濃度の上昇と考えられ、薬剤トランスポーターの遺伝多型などが背景にあるとも言われている。【結語】DCV/ASV併用療法6週で肝障害にて中止するもSVRとなった1例を経験した。

83

C型慢性肝炎の経過中に急性増悪を来し、その後持続的なHCV-RNA陰性化を来した一例

富士宮市立病院 内科
○樋口 友洋、兼子 直也、加藤 雅一、石田 夏樹、森 雅史

【症例】77歳、男性。【主訴】全身倦怠感。【既往歴】外傷性手指切断。【輸血歴】あり。【現病歴】20年前に全身倦怠感あり、当科を受診した。C型慢性肝炎（AST59IU/LALT92IU/LHCV抗体陽性）と診断されたが、その後受診せず。1年前に尋常性乾癬を発症し、近医皮膚科でステロイド外用薬を投与され、経過観察されていた。平成X年1月に尋常性乾癬が急性増悪を来し、全身紅斑を認めた。急性増悪にC型肝炎が関与している可能性も疑われ、平成X年5月に当科紹介となった。初診時の採血ではT-Bil0.64mg/dl, AST35IU/L, ALT28IU/L, Alb3.7mg/dl, PT89%, HCV-RNA3.9LogIU/mlであり、腹部エコーでは肝表面は平滑だが、辺縁はやや鈍化していた。ALT<30IU/mlであり、77歳と高齢であったため、現時点ではインターフェロン治療は適応ないと判断し、外来経過観察とした。平成X年6月初旬に強い全身倦怠感あり、外来受診でせず。倦怠感の出現後、徐々に尋常性乾癬は改善した。7月初旬に再診時の採血でT-Bil6.25mg/dl,AST820IU/LALT367IU/L, Alb2.8mg/dl, PT54%と肝機能障害を認め、同日入院とした。抗核抗体、抗ミトコンドリア抗体は陰性であり、各種肝炎ウイルス抗体も陰性であり、C型慢性肝炎急性増悪と診断した。その後トランスアミンゼは漸減したが、Bil値は上昇を続け、PT延長もあり、入院9日目に肝生検を実施した。肝小葉の改変傾向が認められ、門脈域の繊維化、炎症細胞浸潤を認め、A2,F3の慢性ウイルス性肝炎に矛盾しない結果であった。この時点で入院時のHCV-RNAは陰性化していたことが判明した。徐々にBil, PT値も改善し、全身倦怠感も改善したため、入院22日目に退院とした。その後外来経過観察しているが、これまでHCV-RNAは持続陰性化が確認されている。【考察】C型肝炎は一旦慢性化した場合、ウイルスの自然消失は希とされており、C型慢性肝炎の急性増悪も希とされている。本症例ではC型慢性肝の急性増悪と思われる肝障害が出現し、その後持続的なHCV-RNA陰性化を来した稀な症例とあると考えられた。

84

ダラタスビル/アスナプレビル（DCV/ASV）早期中止後にインターフェロン（IFN）治療でウイルス陰性化を維持するも24週目で再燃した1例-当院での中止例の検討を含めて-

聖隷浜松病院 消化器内科
○瀧浪 将貴、清水 恵理奈、井上 照彬、杉浦 喜一、宮津 隆裕、海野 修平、小林 陽介、木全 政晴、芳澤 社、室久 剛、熊岡 浩子、細田 佳佐、佐藤 嘉彦、長澤 正通

症例は60歳の男性。1994年にC型慢性肝炎と診断されIFN単独治療を行うも無効。2006年pegIFN/リバビリン（PEG/RBV）治療でもウイルスは陰性化せず24週で終了。2007年から天然型IFNα皮下注射週2回の少量長期投与を開始。2015年1月L31/Y93共に野生型を確認してDCV/ASV治療を開始。RNA量は治療前5.7LogIU/mLから開始6日目1.4LogIU/mLまで低下したが、12日目で40℃の熱発と顕著な倦怠感が出現。抗生剤・解熱鎮痛剤投与で改善も14日目で内服中止したところ速やかに症状は改善した。治療終了時ウイルスは陰性化していたため天然型IFNα皮下注射を再開し、終了20週後まで陰性化を維持したが24週後に再燃した。再燃後にL31変異の出現を認めた。次にこの症例を含め当院でのDCV/ASV投与の治療成績と中止例の検討を行なった。治療症例の内訳は53例（男27/女26）、平均年齢69.1歳（46-85）、慢性肝炎32例・肝硬変21例であった。IFN前治療無効例は14例（NR 9/ PR 5）、HCV-RNA量平均値6.0LogIU/mL（2.9-7.2）、L31野生51/混合1/変異1・Y93野生51/変異2例（30%変異1・20%変異1）であった。治療終了43例・中止8例・治療中2例、治療終了12週以上経過した38例のうちSVR12 36例（95%）・終了4週目の再燃2例（5%）であった。中止8例は有害事象4例（肝障害2例、発熱1例、基礎疾患の悪化1例）、VBT 4例で、有害事象4例のうち当報告例を除く3例（75%）は7~16週間内服しSVR24を達成した。【考察】有害事象のうち肝障害はASVの血中濃度の上昇により生じることが報告されており、ASVの減量にて対応できることが多いが中止例での成績もよい。一方で本例のような発熱の有害事象は早期に出現している報告が多く、中止した場合には積極的な追加治療や減量しての再投与などの検討も必要と考えられた。

85

日本では稀な subtype 3F E型肝炎ウイルスによる黄疸が遷延した急性肝炎の1例

1 岐阜市立病院 消化器内科、
2 藤田保健衛生大学七栗記念病院 内科
○鈴木 祐介¹、西垣 洋一¹、林 秀樹¹、水谷 拓¹、手塚 隆一¹、

小島 健太郎¹、松浦 加奈¹、河口 順二¹、小木曾 富生¹、川出 尚史¹、向井 強¹、杉山 昭彦¹、加藤 則廣¹、富田 栄一¹、中野 達徳²

【症例】50才男性。輸血歴なし。飲酒：機会飲酒。2014年10月下旬、微熱、食欲不振、全身倦怠感、褐色尿を主訴に近医受診し、肝障害を指摘され、急性肝炎疑いで当院へ紹介入院となる。入院時AST6100IU/L、ALT6357IU/L、T-BIL5.8mg/dL、PT 58%、IgA-HE抗体陽性。その他のウイルスマーカー陰性。抗核抗体陰性、抗ミトコンドリア抗体陰性。画像診断は急性肝炎に矛盾しない所見にて急性E型肝炎と診断した。安静、補液、強ミノC静注にて、トランスアミンナーゼは速やかに低下したが黄疸が遷延。T-BILは26.4mg/dLまで上昇し、ウルソ、プレドニン、茵陈蒿湯を追加投与。T-BILが正常範囲となるまでに6ヶ月を要した。感染経路の解明のため発症前3か月以内の生活歴の間診を行った。海外渡航歴なし。イノシシ、シカ肉の喫食なし。近所のスーパーマーケットで購入したブタ肉を加熱して食べたことはあるが、ブタレニン、茵陈蒿湯を追加投与。HEVの塩基配列を決定し系統樹解析したところ subtype 3f と判明した。【考察】本症例では特に黄疸が遷延したことが特異であった。文献によるとGTによって病原性が異なることは報告されているが、subtypeによって異なるといった報告はない。本症例の黄疸が遷延した原因については明らかではなく、今後 subtype と病原性についての関連についてさらに検討される必要がある。感染経路については subtype 3f も日本に上着しているのか、海外から輸入された食品などから感染したのか全く不明である。【結語】HEV subtype 3f による急性E型肝炎の病原性と感染経路の解明についてさらなる症例の蓄積が必要と思われる。

86

ピブリオ・バルニフィカスによる敗血症性ショックの1例

刈谷豊田総合病院 内科
○竹内 一訓、仲島 さより、濱島 英司、中江 康之、坂巻 慶一、久野 剛史、三浦 眞之祐、大橋 彩子、鈴木 孝弘、池上 脩二、大脇 政志、溝上 雅也、恒川 卓也、山本 怜、井本 正巳

【症例】51歳、男性【主訴】発熱【既往歴】不明【飲酒歴】多飲歴あり【職業歴】調理師【現病歴】2013年8月19日、発熱、下痢、全身の筋肉痛を認め、8月20日に近医受診したがDIC、多臓器不全を認め当院に転院搬送となった。【初診時現症】意識清明。体温38.3℃、血圧86/52mmHg、心拍数140bpm、酸素飽和度92%（室内気）、呼吸回数25回/分。左前腕と両下腿には境界不明瞭な硬結を伴う紅斑が散在し、圧痛は著明。腹部は平坦、軟、圧痛なし。【検査成績】WBC 1100/ μ l、PLT 29000/ μ l、CRP 14.16mg/dl、BUN 34.2mg/dl、Cre 1.51mg/dl、Alb 2.5g/dl、T-Bil 3.1mg/dl、D-Bil 2.1mg/dl、AST 159U/L、ALT 49U/L、LDH 310U/L、 γ -GTP 692U/L、PT % 43%、FDP 9.2 μ g/ml、D-dimmer 5.5 μ g/ml。CTでは肝表面は不整で吸収値も低下しており腹水を少量認めた。上行結腸の壁肥厚を認めたが明らか熱源は不明であった。以上よりアルコール性肝硬変を背景とした敗血症性ショックと診断し、救命センターに入室となった。【経過】抗生剤、CHDF・PMX、DIC治療、挿管管理を開始した。第2病日に血液培養からピブリオ・バルニフィカスが検出されたが集学的治療が奏功し、第20病日に救命センターを退室した。両下腿と左前腕の紅斑は潰瘍化し筋壊死まで進行したため、第51病日と第67病日にデブリードマンを施行した。その後は経過良好にて第93病日に退院となった。【考察】ピブリオ・バルニフィカスは海水中に広く存在する嫌気性グラム陰性桿菌である。感染頻度は稀であるが一旦、敗血症になると極めて予後不良である。感染経路は創傷もしくは経口と言われている。肝硬変を有する患者では感染し致命的になる可能性が高いと言われているが本症例では救命し得た。【結語】ピブリオ・バルニフィカスによる敗血症性ショックの1例を経験した。

87

胆石性イレウスの一例

静岡市立清水病院
○池田 誉、窪田 裕幸、高柳 泰宏、宇於崎 宏城、小池 弘太

【症例】70代女性【主訴】心窩部痛、嘔吐【既往歴】糖尿病【現病歴】胆石を近医で指摘されていたが症状は特になかった。当院受診3日前に心窩部痛にて近医受診した。対症療法にていったん症状は改善した。その後腹痛増悪し嘔吐も出現したため当院救急搬送となる。【身体所見】体温36.7度、腹部軟、鼓腸あり。心窩部から右季肋部痛に圧痛を認める。【血液生化学検査】WBC231X10³/ μ l、Tb1.12mg/dL、DB0.35mg/dL、ALP237U/L、AST 17U/L、ALT9U/L、LDH277U/L、 γ -GT27U/L、AMY140U/L、CRP1.25mg/dL【画像所見】腹部CTにて胆嚢壁の肥厚、胆嚢内と胆管に気腫あり、総胆管結石あり、上部空腸に3.5×2.5×2.5cm大の結石あり。それが閉塞機点となった小腸イレウスあり。【入院経過】胆道気腫、総胆管結石、小腸イレウスにて入院加

療となる。第3病日ERCP、ERBD留置。続けてイレウス管留置した。その際に内視鏡で十二指腸球部前壁に1cm弱の瘻孔を確認した。第7病日排便にて結石排出あり。約3.5×2.5×2.5cm大、後日の成分分析の結果はコレステロール結石と判明した。イレウス解除をCTで確認しイレウス管を抜去。第10病日再度ERCP実施しERBD抜去して総胆管結石を採石した。経過良好のため第14病日に退院となった。瘻孔閉鎖および胆嚢摘出術は当院外科にて検討中である。【結語】胆石性イレウスは比較的にまれな疾患で、大半が外科的治療を必要とする。今回、胆石性イレウスが保存的に改善した1例を経験したため文献的考察を加えて報告する。

88

肝腫瘍を合併した肝内胆管癌の一例

¹朝日大学歯学部附属村上記念病院 消化器内科、

²朝日大学歯学部附属村上記念病院 外科

○北江 博晃¹、中畑 由紀¹、富江 晃¹、大島 靖広¹、大洞 昭博¹、川部 篤²、久米 真²、小島 孝雄¹、八木 信明¹

(症例) 80代男性。(既往歴) 2006年に下部胆管癌Stage2Aに対し幽門輪温存腔鏡十二指腸術。2012年に胃癌Stage1Bに対し胃全摘術。(現病歴) 2015年2月の定期血液検査でAST 128IU/L、ALT 65 IU/L、ALP 442IU/L、 γ -GTP 253IU/L、CEA 4.6ng/ml、CA19-9 260U/mlと軽度の肝機能障害と腫瘍マーカーの軽度上昇を認めた。造影CTで肝S6にリング状濃染を認める27mm大の結節を認め、EOB-MRIではT2高信号、早期相/平衡相でリング状濃染を認め、肝細胞造影相で低信号、拡散強調で高信号の結節影を認めた。転移性肝腫瘍を疑い手術加療を検討したが、4月初旬より39℃台の発熱あり、WBC 14800/ μ l、CRP 20.19mg/dlと高度の炎症反応上昇を認めた。造影CT上、結節は45mm大に増大し、血液培養でE.coliが検出された。MEPM3.0g/日投与したところ炎症反応改善し、結節は25mm大に縮小していた。その時点で肝腫瘍と診断し、肝生検施行した。結節内部から赤白色の液体が少量吸引され、細菌培養は陰性であったが、生検結果はabscessによる変化のみであった。7月にはCEA 4.1ng/ml、CA19-9 223U/mlであり画像上、結節は消退傾向であった。しかし10月には腫瘍マーカー増加傾向、結節も増大傾向となり、12月には結節は38mmまで増大、AST 308IU/L、ALT 125 IU/L、ALP 637U/L、 γ -GTP 255IU/L、CEA 12.9ng/ml、CA19-9 772U/mlと肝障害と腫瘍マーカーの上昇を認めた。腫瘍の可能性はあるものの肝腫瘍の再発を考慮し、抗生剤投与開始。しかし、画像上変化なく、翌年1月に再度肝生検施行。Adenocarcinomaと診断された。明らかな遠隔転移を認めず、2月に肝S5.6部分切除+空腸吻合切除を行った。病理結果は原発性肝内胆管癌に矛盾しない所見であった。3月にはCEA 2.2ng/ml、CA19-9 23U/mlと低下した。(考察) 今回、肝腫瘍を合併した肝内胆管癌の一例を経験した。本例では初回の肝生検で肝腫瘍と診断されたが、9ヶ月後の再生検でAdenocarcinomaと診断された。肝腫瘍を認めた場合には腫瘍の可能性も考慮し、画像上の変化が消失するまで慎重に経過観察する必要があることが示唆された。

89

IPNBの1切除例

¹藤枝市立総合病院 消化器内科、²藤枝市立総合病院 外科、

³浜松南病院 消化器病・IBDセンター

○金子 雅直¹、大島 昭彦¹、山本 晃大¹、志村 輝幸¹、寺井 智宏¹、景岡 正信¹、丸山 保彦¹、東 正樹²、渡邊 文利³

症例は72歳女性。自覚症状はなし。検診の胸部X線で異常陰影を指摘され、精査の胸部CTで肝左葉に腫瘍をみとめた。CTで肝左葉に胆管拡張および嚢胞病変をみとめ。嚢胞内に3cmの腫瘍をみとめ早期濃染をともなっていた。MRCPでも肝左葉外側区に嚢胞をみとめ、その内部に早期濃染をみとめる分葉状結節をみとめた。末梢側に胆管拡張をみとめ、明らかな門脈や肝静脈浸潤をみとめなかった。EUSで嚢胞をから連続してややhigh echoicな一部突出している腫瘍をみとめた。明らかな胆管内への浸潤、進展はみとめなかった。ERCでは十二指腸乳頭から明らかな結液排出はみとめず、左肝管の拡張をみとめたが腫瘍ははっきり指摘できなかった。胆汁の細胞診は疑陽性であった。PET-CTでは肝左葉の腫瘍にSUVmax4.2と集積をみとめ、その他に集積はみられなかった。IPNBを含め悪性腫瘍を疑い、肝左葉に限局し転移所見ないことから肝左葉切除術を行った。病理はIPNB (mild dysplasia) 30×28mm、non-invasive、ly0、v0 (MIB-1 < 5%、p53⁻、MUC1⁻、MUC2⁺、MUC5AC patchy⁺、MUC6⁺、hepatocyte⁺)。胃型のIPNB (non-invasive、ly0、v0) の1切除例を経験したので報告する。

90

ソナゾイド造影超音波で特異な造影所見を認めた細胆管細胞癌の一例

¹聖隷浜松病院 消化器内科、²聖隷浜松病院 肝胆脾外科、

³聖隷浜松病院 病理科

○室久 剛¹、長澤 正通¹、井上 照彬¹、杉浦 喜一¹、宮津 隆裕¹、海野 修平¹、瀧浪 将貴¹、小林 陽介¹、木全 政晴¹、芳澤 社¹、熊岡 浩子¹、清水 恵理奈¹、細田 佳佐¹、佐藤 嘉彦¹、山本 博崇²、牛田 進一郎²、新井 義文³、大月 寛郎³

【はじめに】細胆管細胞癌は、近年になり新たに概念が確立された多血性の肝原発悪性腫瘍である。比較的に稀な腫瘍であるため、未だ造影超音波などの画像診断での特徴は十分に把握されていない。今回ソナゾイド造影エコーで興味深い所見を呈した細胆管細胞癌の一例を経験したので報告する。【症例】81歳、女性。2015年6月17日肺動脈塞栓症、下肢深部静脈血栓症にて当院心臓血管外科に入院し、抗凝固療法による治療を開始された。入院時のCTに肝S2に35mmの腫瘍を指摘され、7/27当科紹介となった。血液検査では肝機能障害や腫瘍マーカー上昇を認めなかった。肝腫瘍はCTでは造影早期から不均一な造影効果を認め、平衡相まで遷延性濃染を示した。MRIではT1低信号、T2高信号を示し、拡散制限を認めた。腹部超音波では低エコー結節内に中心高エコー域を認めた。造影では血管相で中心部から全体に染影効果を認めたが、周囲には1相の造影されない低エコー帯が残存した。血管相後期から周囲から輪状に抜け、次第に全体におよぶwash out像を認めた。Kupfer相では結節全体が造影欠損となった。以上から肝腫瘍の鑑別診断として細胆管細胞癌、胆管細胞癌、肝細胞癌などがあげられ、診断のため経皮的肝腫瘍生検を施行した。腫瘍部は癒合した管状構造を示す異型腺管を認めた。免疫染色にてEMAが管腔内側に強く陽性を示し、細胆管細胞癌と診断した。肝左葉外側区区域切除術を行い、現在まで再発は認めない。切除標本の病理では造影像に対応し腫瘍中央部と辺縁部での組織学的な差異がみられた。【まとめ】特異的な造影エコー所見を示した細胆管細胞癌の一例を経験した。細胆管細胞癌の造影エコー所見は十分に検討されておらず、貴重な症例と考え報告した

91

腫瘍径14cmの巨大肝内胆管癌に対しGemcitabine+S1による化学療法が著効しadjuvant surgeryを行った1例

三重大学 肝胆脾・移植外科

○伊藤 貴洋、種村 彰浩、堯天 一享、早崎 碧泉、松井 俊樹、飯澤 祐介、加藤 宏之、村田 泰洋、栗山 直久、安積 良紀、岸和田 昌之、水野 修吾、日井 正信、櫻井 洋至、伊佐地 秀司

肝内胆管癌は外科切除が唯一の根治治療である。高度進行例には化学療法が適応となるが、術前化学療法、術後補助化学療法ともいまだ有効性は示されていない。今回われわれは切除困難な肝内胆管癌に対し、化学療法で縮小効果が得られ、adjuvant surgeryを行った1例を経験した。【症例】76歳女性。前医で肝機能異常を契機に施行したCTで肝右葉の巨大腫瘍を指摘され、当院に紹介された。造影CTでは、肝右葉に内部に不均一な低吸収域を伴い造影後期で辺縁が濃染される143mm×120mmの腫瘍を認めた。腫瘍は肝右葉とS4の一部を占拠しており、門脈左枝、左肝静脈に近接していた。MRCPでは後区胆管の拡張を認め、また左右肝管分岐部の描出が不良であった。腫瘍マーカーはCA19-9のみが上昇し、経皮的生検で腺癌の診断であり、肝内胆管癌と診断した。根治には右3区域切除が必要になると考えたが、ICGR15=31.7%、LHL15=0.94と肝予備能が不良で、かつ切離予定部の近傍まで腫瘍進展があり、根治的切除困難と判断し化学療法を施行した。Gemcitabine+S1による化学療法を2コース行った後、腫瘍は117mmまで縮小した。しかし、左肝静脈に近接しており、その時点では切除困難と判断し、さらに化学療法を継続することとし計10コースまで施行した。10コース終了後、腫瘍は88×73mmまで縮小し、左肝静脈との距離も20mm程度確保できた。ERCによる左肝管分岐部の生検では腫瘍はnegativeであった。肝予備能もICGR15=16.1%、LHL15:0.95と改善しており、手術可能と判断し、拡大右肝切除+肝門部リンパ節郭清を施行した。切除標本では、腫瘍は肉眼的に最大径8cmの褐色調の腫瘍であったが、組織学的にはそのほとんどが壊死および線維化組織の置換で占められ、残存した腺癌細胞は1mm×1mmの範囲のみであった。切離断端は陰性でリンパ節転移も認めなかった。術後経過は良好で13日目に退院した。現在Gemcitabineによる補助化学療法を行い経過観察中である。【結語】切除不能な肝内胆管癌に対しても、化学療法を行うことで根治的切除が可能となる症例も存在し、予後の改善が期待されると考えられた。

92

青色ゴム乳首様母斑症候群 (Blue rubber bleb nevus syndrome: BRBN) における肝病変破裂、出血性ショックで死亡した一例

愛知医科大学 肝胆脾内科

○坂本 和賢、大橋 知彦、井上 匡央、小林 佑次、山本 高也、石井 紀光、佐藤 顕、中出 幸臣、伊藤 清顕、中尾 春壽、

【症例】35歳男性 【主訴】胸痛、腰部痛 【既往歴】17歳 原因不明の小腸拡張症 34歳 吸引不良症候群 【病歴】平成27年6月中旬より前述の症状あり。6月28日18時ごろ気分不快と症状増悪のため動けなくなり救急搬送された。来院時意識清明、顔色不良、腹部は膨隆していた。血圧59/30mmHg、採血上Hb4.4g/dl、Ht15.1%であり出血性ショックと診断した。腹部造影CT上、多量の腹水と肝右葉に腫瘍像を認め、造影剤の漏出を伴っていた。腹水の性状は血性であり、肝腫瘍破裂と診断した。出血性ショックの治療と並行してIVRを施行した。肝S8領域に造影剤漏出を認め、右肝動脈を塞栓した。翌29日腹腔ドレーンより計3000mlの出血が続き、再度ショックとなった。全身状態が悪く、頭部CT上脳転移を疑う所見も認め、外科手術困難と判断、BSCの方針となり19時に永眠された。ご家族より病理解剖の同意を得られたため翌日施行した。肝に径4cmの破裂した海綿状血管腫を認めた。他に下肢皮膚、大脳、食道、小腸、大腸、脾臓、精巣に同様の病変を認めた。脈管構造の壁は膠原線維が主体で、薄い弾性線維の層もみられるが、平滑筋は部分的にごくわずかに介在するのみであった。いずれも組織学的に静脈奇形像の像が認められ、内皮細胞の異型や増殖はみられず、免疫染色ではCD31 (+)、CD34 (+)、D240 (-)を示した。病理学的、臨床的にはBRBNSが相当し、肝病変破裂による失血死と診断した。【考察】BRBNSは1958年にBeanが初めて報告した疾患である。全身のゴム製乳首様の青色を帯びた皮膚の静脈性血管奇形と消化管疾患を中心とした内臓疾患の合併を特徴とする。消化管病変による出血の頻度が高く予後を左右するとされるが、肝病変の腹腔内出血はこれまでに報告がない。剖検により診断に至った稀な症例であり文献的考察を加え報告する。

93

肝障害、肝腫大を契機に診断された全身性アミロイドーシスの1例
三重大学医学部 消化器肝臓内科

○田中 智哉、山本 憲彦、玉井 康将、吉川 恭子、諸岡 留美、小倉 英、東谷 光晴、杉本 龍亮、田中 秀明、杉本 和史、長谷川 浩司、岩佐 元雄、竹井 謙之

症例：65歳男性。既往歴：不眠症、胃潰瘍、逆流性食道炎。飲酒歴：10年前に禁酒。家族歴：特記事項なし。現病歴：20XX年11月までは体調問題なく経過していたが、近医で肝機能障害と肝腫大を指摘され、翌年1月に当院紹介受診。全身倦怠感、食欲低下、体重減少などの症状も出現しており精密目的で入院となる。入院時現症：心窩部で9cm、右季肋部で6cmの辺縁鈍、硬い肝臓を触知し、下腿に高度の圧痕性浮腫あり。胸部レントゲン：特記所見なし。心電図：左軸偏位および低電位傾向。血液検査：尿検査：AST/ALT=42/29U/L、γGTP/ALP = 194/837U/Lと肝胆道系酵素の上昇、BNP高値(260pg/ml)、尿タンパクの増加(667mg/dl)を認めた。腹部CT：肝内に占拠性病変は認めなかったが、著明な肝腫大、及び軽度の腎腫大を認めた。腹部MRI T1強調画像では肝内の信号強度は不均一であった。FibroScanではLiver Stiffness Measurement (LSM)は75 kPa(測定限界)と著明な肝硬度の上昇を認めた。高度な硬化を伴う著明に腫大した肝臓を認め、肝アミロイドーシスを疑い、尿中免疫電気泳動検査を測定した結果、Free Light Chain (BIP) L型陽性を指摘された。肝アミロイドーシスの確定および造血管腫瘍や悪性腫瘍などのびまん性転移など他疾患の除外目的で肝生検を施行した。その結果、アミロイドの沈着が証明され肝アミロイドーシスと診断。上下部内視鏡検査粘膜炎生検の結果でもアミロイド沈着が証明され全身性アミロイドーシスの診断となった。また、その染色性より原発性AL型アミロイドーシス(λ型)と診断された。さらに、心臓エコー、心臓MRIでも心アミロイドーシスを疑う所見を認めた。現在、ホルテゾミブ+デキサメタゾンを使用したBD療法にて経過観察中である。結語：本症例は肝障害・肝腫大を契機として診断された全身性アミロイドーシスであり、肝障害、肝硬度の増加を伴う著明な肝腫大を認めた際には肝アミロイドーシスも念頭に置く必要があると思われる。若干の文献的考察を交えて報告する。

94

自然退縮した肝細胞癌、肺動脈腫瘍塞栓、多発肺転移の一例

¹焼津市立総合病院 消化器内科、²焼津市立総合病院 放射線科
○小平 誠¹、山形 真暮¹、渡邊 幸弘¹、寺澤 康之¹、佐野 宗孝¹、深谷 哲昭²

症例は71歳女性。平成5年1月12日食道癌にて手術。胃管胸骨前吻合。輸血歴あり。HBV、HCV共に陽性の肝炎にて平成14年12月5日当科初診。その時点ではBはHBe抗体陽性。CはI型低ウイルス量。その後ウルソデオキシコール酸600mg等で外来治療。平成23年2月24日AFP 47.9と上昇。3月10日EOB-MRIにてS8下大静脈近傍に径17mmの腫瘍濃染を認められた。4月6日人工透析法を用いてRFAを施行したが局所、下大静脈よりの冷却効果が高い部位に再発あり。平成24年1月か

ら平成26年4月にかけて5回のTACEを施行。平成26年7月24日のCTで両側肺に転移、右肺動脈に腫瘍塞栓を認めた。保存的に経過を見たところ9月、12月のCTでは肺、肝とも腫瘍の自然消退を認め腫瘍マーカーも低下した。しかし平成27年6月11日AFP 78.3、11月26日AFP 574.6と上昇。平成28年2月10日のCTでは肝腫瘍の増大、門脈内腫瘍塞栓が認められた。現在入院加療中。悪性腫瘍の自然退縮については以前から時々認められており、自然退縮した肺転移の原発腫瘍としては肝細胞癌が過半数とする報告がある。今回多発肺転移を来した症例が一時自然軽快を示したが、肝腫瘍の再増悪、門脈内腫瘍塞栓を来した。今のところ肺転移の再発は確認されていない。肺転移を有する肝細胞癌の興味ある経過と考へ報告する。

95

慢性C型肝炎に対しインターフェロン治療著効22年後に肝細胞癌を発生した1例
安城更生病院

○東堀 諒、竹内 真実子、浅井 清也、青木 聡典、市川 雄平、林 大樹朗、鶴留 一誠、岡田 昭久、馬淵 龍彦、細井 努、関 崇、平松 聖史、新井 利幸

【症例】60歳代男性。【主訴】肝腫瘍精査。【現病歴】1994年慢性C型肝炎に対しインターフェロン (IFN) 治療を施行。ウイルス学的著効 (sustained virological response, 以下SVR) となり、その後は糖尿病、不整脈などで近医通院中であった。血液検査で腫瘍マーカーの上昇を認め、EOB-MRI検査が施行された。肝S7に30mm大の肝腫瘍性病変を認めたため、精査治療目的で紹介となった。【血液生化学所見】白血球数4600 /μl、ヘモグロビン値12.1 g/dl、血小板数は12.1 × 10⁴ /μlと軽度の貧血、血小板低下を認めた。AST 53IU/l、ALT 49IU/l、γ-GTP 53IU/lと肝胆道系酵素は軽度上昇していたが、HBs抗原は陰性、HCV-RNAは陰性であった。腫瘍マーカーはAFP 55.7ng/ml、PIVKA-2 140mAU/mlと上昇していた。【腹部超音波検査所見】肝S7に30 × 36mmの不均一な低エコー腫瘍を認めた。【肝ダイナミックCT検査所見】肝S7に動脈相で濃染し、門脈相でwash outされる30mm大の腫瘍性病変を認めた。【EOB-MRI検査所見】CT検査同様、S7に動脈相で濃染し、門脈相でwash outされる腫瘍性病変を認めた。【臨床経過】腫瘍マーカーの上昇、画像所見より肝細胞癌と診断、肝部分切除術が施行された。術後経過は良好で第7病日退院となった。【病理組織診断】腫瘍は約35mm × 30mmの比較的境界明瞭な腫瘍で、組織は中分化型肝細胞癌であった。背景肝は脂肪沈着を伴い、F4に相当する肝硬変であった。【考察】IFN治療後はウイルスが排除されれば肝線維化は徐々に改善し、発癌リスクも低下することが報告されているが、本症例では背景肝はF4の肝硬変であった。糖尿病を合併しており、NASHが肝硬変の原因と推察された。【結語】IFN治療著効22年後に肝細胞癌を発生した1例を経験したので若干の文献的考察を加え報告する。

96

胆管内発育型肝細胞癌 (HCC) にたいし肝動脈化学塞栓療法 (TACE) 後内視鏡下に腫瘍塊を摘除した1例
安城更生病院

○岡田 昭久、竹内 真実子、浅井 清也、東堀 諒、青木 聡典、市川 雄平、鶴留 一誠、馬淵 龍彦、細井 努

【症例】70歳代、男性【主訴】腹部膨満、食欲低下【現病歴】2015年5月腹痛、吐き気症状を主訴に近医受診。腹部超音波検査にて肝右葉に占拠性病変認め紹介。【検査所見】肝ダイナミックCT、肝EOB(造影)検査にて、肝表面の凹凸不整、S8に4.0 × 4.2cm大の腫瘍性病変に連続して胆管右枝内に浸潤する腫瘍と末梢胆管の拡張を認めた。腫瘍マーカーは、AFP 819ng/ml、PIVKA2 446mAU/ml、CA19-9 125U/mlであった。【経過】2015/9より肝動脈化学塞栓療法 (TACE) 開始。2015/10に2回目のTACE施行。施行後、経過良好であったため退院。術後24日目に腹部膨満、吐き気、血液検査にて肝胆道系酵素上昇と軽度の黄疸を認めため緊急入院となった。腹部単純CT検査にて肝内胆管拡張、腫瘍栓に沈着したりビオドール (LPD) の欠損と下部胆管内にLPDと同一の高吸収域を認め、腫瘍栓脱落に伴う閉塞性黄疸症状と診断した。胆管炎症状への移行も危惧されたため、内視鏡的逆行性胆管造影 (ERC) 施行。総胆管内で移動する透亮像を認め脱落した腫瘍塊と考え、胆管ドレナージ施行にて減黄を行った。後日、総胆管結石載石術に準じ内視鏡的乳頭括約筋切開術を行い結石摘出用バスケッピン、バルンカテーテルにより総胆管内の腫瘍塊を除去後、ENBDチューブ挿入した。ENBDチューブ造影にて総胆管内への透亮像認めず、肝内胆管の拡張消失を認めたためENBD抜去した。その後、黄疸症状は改善し、腹部造影CT検査においても肝内胆管の拡張の改善、下部胆管内の腫瘍栓は認めなかった。除去した腫瘍塊にたいし病理組織学的診断を行ったが、褐色調の変性物質が主体であり評価困難であった。【考察】胆管内発育型HCCにたいしTACE後腫瘍栓脱落による閉塞性黄疸を伴ったが内視鏡的に摘除した1例を経験したため若干の文

献的考察を加え報告する。

97

急速に増大し、嚢胞形成を伴った原発性肝癌肉腫の一切除例

豊橋市民病院 消化器内科

○木下 雄貴、浦野 文博、藤田 基和、内藤 岳人、山田 雅弘、
山本 英子、松原 浩、植月 康太、片岡 邦夫、飛田 恵美子、
山本 和弘、松田 宣賢、南 喜之、山本 崇文

【はじめに】肝臓原発の腫瘍の中で癌肉腫は極めて稀であり、予後は不良とされている。正常肝に発生し、急速に増大した原発性肝癌肉腫の一切除例を経験したので報告する。【症例】82歳、女性【既往歴】胃癌に対し幽門側胃切除術、心筋梗塞に対し経皮的冠動脈形成術・冠動脈バイパスグラフト術【嗜好歴】飲酒歴なし、喫煙歴なし【現病歴】胸痛を主訴に近医を受診し、腹部CT検査にて肝左葉に巨大な嚢胞性病変を認め、当院へ紹介となった。腹部超音波検査で、肝外側区腹側に類円形で大きさ10.0×7.0 cm、内部は不均一な低エコーで、一部無エコー域を伴い、血流信号のない嚢胞性病変を認めた。造影CT検査で、境界明瞭な嚢胞性病変を認め、嚢胞壁は造影されたが不整や肥厚は認めず、嚢胞内は造影されなかった。血液検査にて正球性正色素性貧血(Hb:9.8 g/dL)を認めたが、肝機能障害は認めず、B型肝炎ウイルス(HBV)抗原およびC型肝炎ウイルス(HCV)抗体は陰性で、腫瘍マーカー(AFP、PIVKA-2、CEA、CA19-9)は正常範囲内であった。腹部血管造影検査で、腫瘍は造影されなかった。造影剤の血管外漏出は認めず、動脈瘤は認めなかった。胃癌術後の定期検査として1ヶ月前に腹部CT検査が施行されていたが肝には微小嚢胞を認めるのみであった。明らかな外傷機転はなく、成因は不明であるが急速に増大する肝血腫に対して、肝外側区域切除術を施行した。切除肝組織に大きさ7.0×6.0×4.0 cmの嚢胞形成を認め、嚢胞壁の間質に異型紡錘形細胞の増殖、嚢胞内面や間質に異型上皮細胞の増殖を認めた。免疫染色は、異型紡錘形細胞でkeratin(+), CK7(+), CK20(+), vimentin(+), S100(-), desmin(-), 異型上皮細胞でCK7(+), CK20(+), vimentin(-), MUC1(+), MUC2(-)であり、Carcinosarcomaと病理診断した。【考察】肝癌肉腫の報告例の多くは肝切除術で確定診断されており、自験例も術前診断は困難であった。肝癌肉腫の腫瘍内部は変性壊死を来した嚢胞を形成するとの報告もあり、自験例も同様であった。急速に増大する嚢胞を伴う肝腫瘍は癌肉腫の可能性も念頭に置き診断する必要がある。